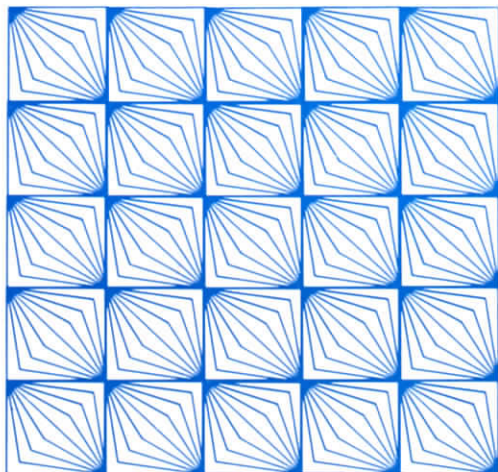


患者運動

長 宏 著



勁草書房

患者運動

長 宏著

勁草書房

目次

第一部 患者の立場からみた日本の医療

第一章 国民の健康破壊の進行……………2

一 厚生省の二つの調査……………3

二 若い労働者の中に……………5

三 一〇代に成人病が……………9

四 健康破壊はなぜ……………14

1 高度経済成長政策 14 2 低所得との関係 19 3 生活保護と疾病 23

第二章 対応する医療政策（医療荒廃と合理化）……………28

一 顕在化した従事者不足……………28

二 しわよせはすべて患者に……………32

1 過密ダイヤの看護業務 35 2 ひろがる医療事故 39 3 不正入試と医者 41

4 ニセ医者と無医地区 46

三	保険あって医療なし	50
四	拡大する差額徴収	55
五	私的医療保険	58
六	薬と患者	62
第三章	医療政策の底流をなすもの	68
一	疾病の自己責任原理と低医療費政策	68
二	国の予算にみる低医療費政策	72
三	打開の道を考える	75
第二部	患者運動	
第一章	患者運動の生いたち	82
一	戦前にもあった患者運動	82
二	敗戦前後の患者	90
三	生きるための組織を求めて	94
四	点から線、線から面へ	100

五	日患同盟の業績	110
第二章	朝日訴訟と患者運動	118
一	朝日茂氏の横顔	118
二	朝日訴訟の動機と一審判決	124
三	二審判決	131
四	最高裁判決	139
五	成果と教訓	142
六	朝日訴訟につづくもの	147
第三章	患者運動の現状	152
一	患者団体の実体	152
1	結成時と、その時代的背景	156
164	4 会の運営と現況	169
	5 運動がかかえているなやみ	172
	6 訴訟と三	
	柏園事件	175
	7 発展のための努力	177
二	二つの全国連絡協議会	179
三	地域難病団体連絡協議会	187

第四章 患者運動の展望と課題……………194

一 患者運動の三要素……………195

二 これからの運動、結集の意義……………201

1 地域難病連のよびかけ……………201

2 「全国集会」の今日的な意義……………210

3 結集へ……………

のいくつかの問題……………213

三 医療労働者との連帯……………216

四 社会保障運動と患者運動……………221

患者団体一覧表……………230

地域患者団体連絡協議会一覧……………235

参考文献……………237

あとがき……………241

第一部 患者の立場からみた日本の医療

第一章 国民の健康破壊の進行

国民の健康破壊が際限なくひろがっている。

たとえば、科学技術庁が、一九七二年五月に「このままいけば、あと五〇年で都市の樹木は絶滅する」という調査結果を発表し、それをとらえたマスコミが、「樹木が五〇年で絶滅すれば、その前に人類はどうなる」と問題をうけとめ、「一億総病人」とか、あるいは「一億半病人」などと新聞に見出しをつけるようになってからも、もう五年が経過した。

その後の状況は、公害のひろがりなどをふくめてますます悪化している。

このことは、国民の健康破壊の進行が、それに歯止めをかけ得ない政治、つまり、人命の尊重より大企業優先に比重をおいている政治・政策に大きな責任があることを物語るものである。

とりわけその一環としての医療政策の貧困が、増え続ける病人を食いものにし、肥えふとっていく製薬、医療機器、出版、金融等の各種資本の進入をも招き、それが今日の「医の倫理」の退廃や、医療の荒廃へとつながっているのである。

それでは、果しなく進行する健康破壊の実態はどうか、その原因は何か、それをとどめる手ではないのか。

一 厚生省の二つの調査

厚生省が、毎年行なっている「国民健康調査」と「患者調査」は、国民の健康状態の動向をみるうえで一つの指標になる。調査の方法やその内容については、いろいろ問題があるにしても、毎年行なっている、という点では一定の判断が成り立つからである。

一九七五年一〇月一三日から一五日までの三日間、全国一七七〇〇〇世帯、五万六〇〇〇人を抽出調査し類推した「国民健康調査」によれば、人口一〇〇〇〇〇人当りの有病率は一〇九・九人であった。これは、前年の一〇二・二人を七・七人上回り、前年度の一〇人に一人が約九人に一人という割合で増えたことになる（一九七六年度の「国民健康調査」では人口一〇〇〇〇〇人当りの有病率は一一六・四人―国民八・六人に一人とさらに増えた）。

一方「患者調査」によると、調査日の一九七五年七月一日に、全国の病院・医院で診療をうけた人は七八九万人で（うち入院患者は一〇四万人）、前年より三六万人増え、国民一四・二人に一人が患者という割合になっている（一九七六年度の「患者調査」によれば、受療率はさらに二四万人増え、八一三万人となった。なお入院患者も一一〇万人に増えた）。

関連して、六月の一ヵ月間に病院を退院した患者の平均在院日数は五五・八日で、前年度の五三・七日より二・一日上まわった。単純なとりかたをすれば、平均在院日数の長期化は病気の重症化を意味する。

資料は少し古く、いずれも一九七〇年度のものであるが、外国の平均入院日数とくらべてみると次のようなひらきがある。

アメリカ一八・四日、イギリス一一・六日、スエーデン一一・九日、日本一三二日と、日本が圧倒的に長い（WHO一九七〇年）。

いずれにせよ、国民九人に一人が病人であり、一人は通院もしくは入院のために医者にかかっている、というのが調査の結果からみた国民の健康状態である。

日本人の一世帯あたりの平均人員は三・三人であるから（総理府調べ）、この計算でいくと、三軒ないし四軒に一軒の割で病人をかかえている、ということになる。

なお両調査を通じていえることは、一つは年齢別にみる受療率が、高齢になるほど高くなっていること、また男女別では一九六八年以来いぜんとして男性より女性に病人が多いこと、さらに慢性疾患の患者が増加していること、などである。

女性が男性より病人が多いのは、家事と仕事の両立など、都市、農村を問わずまだおこなわれている婦人の社会的地位の低さと無関係とはいえない。

一九七五年度の「国民健康調査」で、従来の調査結果と異っているのは、いままでは都市にくほど病人が多かったのが、同年度の調査では小都市と農村が入れ替り、町村に病人が増えたことである。

これは、若者が都市に出て、農村人口の中に占める老人の割合が高くなったこと、そして、働

きにでられない病人・障害者がとり残されていること、などを意味している。

病気の種類別では歯や、胃腸、肝臓などの消化器系がもっとも多くて一七二万人、つづいて気管支や肺などの呼吸器系、心臓を中心とする循環器系で、ともに一〇〇万人をこえている。中でも循環器系の病気は一九五五年には人口一〇〇〇人のうち一・三人だったが、年々増えつづけ、一九六五年には四・七人、一九七〇年には六・八人、一九七五年には八・九人と七倍近くになり、特に精神障害や呼吸器疾患は三・四倍と目立ち、高血圧は五年とくらべ八倍にもなっている。

以上のように病人は着実に増えている。しかも慢性疾患の患者が増えてきている。これらが、現在の日本国民の健康状態の一般的特徴である。

二 若い労働者の中に

一九七四年に、労働省が、従業員三〇人以上の民間企業から約八万人を選んで「健康調査」を行なったことがある。その中でもっとも反響をよんだのは、実に七一%の労働者が、つねに疲労の状態にあり、朝日ざめたとき前日の疲れから「休みたいと思うことがある」と答え、その九〇%近くはそれにもかかわらず「ほとんど休まず出勤している」という点であった。

さらに調査は、二四%の労働者が薬を常用し、二六%が医師の診断による慢性疾患の持病者で、特に注目すべきことの一つは、疲労感をもって働いている多くは、三〇歳未満の若い労働者である、という結果であった。

若い人たちは一日や二日、疲労感をもって仕事に就いても、それをね返す余力はあるだろう。だが、それが六ヵ月も一年もつづけばどうなるか、答えは明白である。

現在と未来の日本を背負う若い労働者が、いわゆる「病人」の射程距離にはいつているのだ。これだけでも重大なことである。

この労働省の調査を裏づけるような民間の調査を一つ紹介しよう。これは太陽神戸銀行が、一九七五年一月に、家庭の主婦一五〇〇名にたいして「ご主人の生活について」という主題で行なったものである。それによると「ご主人」の三人に一人が医者に通っており、三五%の人がビタミン剤や栄養剤を愛用している。特に四〇歳代の管理職にある人の四〇%がビタミン剤や栄養剤を飲んで仕事をつづけている、というものであった。

数字は正直である。低賃金、「合理化」のなかでの労働者の仕事、いかに酷なものか、その一端が説明されていると思う。

こうした苛酷な労働状態を背景にして、総評および春闘共同委員会は、「合理化、労働強化によって労働者の健康がどのような状態にあるか。労働時間短縮、週休二日制が健康状態の改善をもたらしているか」その実態を明らかにし、「労働時間短縮要求の妥当性を裏づける」ために、一六単産・約二万六〇〇〇名を対象に、七六年春闘を前にして独自の「健康調査」を行なった。

調査は、「調査に参加したすべてに、四〇%〜七〇%という高率で健康破壊の状況が現われている」という重要な点をまず最初に取りあげている。

なかでも、一般的疲労症状の一つである「首、肩、背中がよくこる」という訴えは全体的に高率で、「目が疲れやすい」という症状が次につづいている。

こうした状態について調査の説明は、「この結果が最も雄弁に物語っているのは、いま、すべての産業・職場に多発している頸肩腕障害、腰痛症、自律神経失調症など職業病が、産業や職種の特異性によるものでなく、いわんや本人の体質によるものでは決してなく、資本の徹底した人べらし「合理化」による労働強化によっておきている慢性疲労の蓄積（過労）によるものであること、すなわち労働そのものによっておきていること。あらゆる産業、すべての職場において、労働者は労働災害と職業病罹災の危険にさらされている。」と、分析している。

注目すべきことは「週休二日制実施によってこの程度に下ったのかもしれない」という前置きをしながらも、「完全週休二日制のもとで自覚症状訴え率にかんして、必ずしも有利でなく、むしろ疲れやすさ、日の疲れ、首、肩のこり、目まい、胃腸症状などの点で不完全週休二日制や、週休二日制未実施のところより訴えがかえって高率であった」という点である。

週休は二日になったが、労働密度はかえって強まっていることが浮きぼりになっており、最大限利潤をつねに追及する資本の、転んでもただでは起きないあくどさをみる思いである。

むしろ職場における健康破壊の原因が、各産業、各職場において異なるのは当然であるが、基本的には「合理化」による密度の濃い労働、単調な創意を滅殺した労働、有害化学物質の大量使用の影響をまともにはうける危険な労働など、複雑にいくつんだ「労働」そのものによる肉体およ

び精神の「過労」と、人間不在の、ただ生産性をあげるためにのみつくられた人工的労働環境と安全性の無視、そして組織化されたアメリカ型の「自主的生産性向上運動」つまり、ZD (Zero Defects 無欠点) や、QC (Quality Control 品質管理) の導入による巧妙な労務管理によるものであることは、ことさらとりあげるまでもない。

特にこのことは、このところ増えている労働組合の、自主的な「健康調査」によっても裏づけられるところである。

このような資本の犠牲になって、働けるうちは身体に鞭うって仕事にはげんだ労働者が、退職後は一体どのような状態に追いこまれるのだろうか。

一九七五年五月、人事院は、一九七二年度中に退職した公務員の生活状況調査を発表した。それによると、退職後一ヵ月以上医者にかかった人は四六・五%にのぼり、全体に病気がちで、このうち六〇%が消化器系、循環器系の慢性疾患で、保険がないため、医療費の関係で（いままでは共済組合の本人のばあい、給付は十割であったが、退職後は国民健康保険かあるいは子供の被扶養者になるため、医療費の三割は自己負担しなければならなくなる）病状を悪化させている、という。

なおつけ加えれば、退職後の就業者は四四・一%で、病気のために就業できない人は三六・八%となっている。

公務員の定年退職はおおむね五五歳から六〇歳で、まだ働ける年齢であり、多くは家族をかか

え一家の生計の支柱になっている。だが実態は文字どおり使い古された身体になってしまっているのである。

以上は官庁が行なった、退職した公務員の健康に関する一調査の結果である。

なお、一九七六年二月に発表された、公務員の「長期病欠者の実態調査」によると、二〇歳から四〇歳の年齢層では、精神病、神経症などの精神障害が長期病欠の最大の原因になっていることが明らかにされている。

この結果をみていえることは、外見は他の産業、職種よりも比較的楽な職業といわれている公務員労働者の労働が、実際には、法と市民の要求の板ばさみに会って、一般の想像をこえる肉體、精神の消耗をきたしているという事実である。そしてそのことはまた、他の労働者においても外見がどうであろうと、その労働過程で、身心の消耗と破壊を余儀なくされているという教訓である。

三 一〇代に成人病が

「すぐ骨折する、長い時間歩けない、風邪をひきやすい、ふとりすぎ」等々の話題とともに、「半健康児」とまでいわれているわれわれの子どもたちの健康状態はどうかを見てみたい。

朝日新聞の「いま学校で」という特集を読んでいると、「老化現象」というタイトルが目についた。

その中身は、東京下町のF中学校で、一人の先生が、ちかごろ生徒の欠席が目立ったので、心配のあまり二年生三〇〇人を対象に「健康調査」を行なった。そうしたところ、合計三八人、全体の二・六%の生徒が病気にかかっていることがわかった。とりわけ、先生たちをあわてさせたのは「精神的ストレスによって起こる胃かいようや神経障害、高血圧などの成人病を患う中学生が一〇人近くもいた」という実態であった（「朝日新聞」一九七六年七月一九日）。

つまり約八人に一人が病人であり、そのうち四人に一人が、成人病にかかっている、というものである。

労働者の健康状況同様、きわめて深刻な社会問題である。

「いま学校で」によると、定期的に小・中学生の健康管理をしている某大学の付属診療所による健康診断で、最近でている特徴は、「疲れやすい」という中学生の訴えが一番多く、つづいて「頭痛、腰痛、ひざ、手首、足首などの関節の痛み」である、という。

錯覚ではないかと目を疑ったのは、総評・春闘共闘委員会が行なった「健康調査」のなかででている労働者の症状と、あまりにも似ているからであった。

このような現象について専門家は、「小・中学生の疲労、老齡化現象の拡散化がすすんでいく」と指摘し、「発育盛りの小・中学生が慢性疲労や関節痛を訴える現実には異常で、生物学的な発育障害をもたらし、成長が行なわれる時期に十分な発達を妨げられると、あとでとりかえしがつかなくなる」と警告している。

またその原因については、「いまの小・中学生たちは、小さいころからの塾通いや生活環境の都市化で、時間的にも空間的にも遊ぶ機会を奪われてきたからだ」と分析している。

学歴社会の指標の一つでもあり、教育の硬直化に拍車をかけている小・中学生の塾通いは、大和銀行が行なった調査（「くらしと教育」一九七六年九月）によっても、約七割という高率の数字がでている。

農村の都市化、都市の過密化のなかで、遊び場を奪われ、“乱塾時代”といわれる歪んだ教育の押しつけによる精神的な圧迫感↓運動不足↓筋肉の退化↓内臓の悪化↓老化現象というコースで、子供たちの健康は蝕ばまれているのである。

むしろ、親の虚栄心を満足させるために子どもの出世を夢みて、個性も健康も犠牲にし、抑圧する「教育ママ」的家庭教育にも、当然問題があることを指摘しないわけにはいかない。

この、朝日新聞に載った記事は、強い反響をよぶことになった。その後、あちこちで教育者や、父母のあつまりで「子どもの健康問題」がとりあげられ、また独自の調査なども行なわれた。

その結果は、ほぼ同じように、一〇人に一人が病気をもっていたり、その三人に一人が成人病にかかっている、というものである。

唯一の救いは、まだ少数ではあるが、若い教育者たちが、真剣にその克服に立ち上がりはじめたことであろう。たとえば、一九七六年八月一七日に箱根で開かれた第六回全国養護教諭サークル協議会夏期研究会では、「こどもの健康の危機の現状と養護教諭の役割」などが話しあわれて

いる。

こうした子どもの健康状態が、親や教師たちの眉を曇らせているおりもあり、九月八日京都で開かれた「第四回国際心身医学会」で、成人病の一つとされてきた胃・十二指腸かいが、子どもの間で急激に増えてきた、という研究報告が、旭川医大の研究者らによって発表された。

新聞やテレビで報道された内容をまとめてみると、およそ次のとおりである。

これらの研究は、腹痛や吐血を訴えて受診にきた零歳から一四歳までの子どもに、小児用ファイバースコープ（内視鏡の一種）を使って胃と十二指腸を精密検査した。その結果、一九六二年から一九七三年までの一年間に検査した二七四人のうち、胃・十二指腸かいを発見したのは四五人（一六％）であった。ところが一九七四年から一九七六年までの二年間では、一七二人中五二人、つまり三〇％に急増している、というものである。

さらに旭川医大の研究者たちの追跡調査によって明らかになったのは、かいようが見つかった幼稚園以上の子どもに、家庭環境や学校生活を面接調査したところ、一九七六年までの二年間では、五二人のうち八五％が熟通いをしていた、ということと、その六〇％が「三つ以上」の塾に通っていた、というのである。

さきにも述べた、東京のF中学校の「健康調査」とその結果背景が、ここでもはっきり同質のものとして浮きでているのである。

いまから一〇年前の一九六七年に文部省は、一〇歳から五九歳までの男女九万二〇〇〇人を対

象に体力・運動能力を調査して、「日本人の体力・運動能力は一般に持久力が乏しく、老化現象が早すぎる」と発表し、さらに、「男四二歳、女三九歳から急激に体力は低下する」とつけ加えていた。

ところがどうだろう。一九六七年から一〇年たった昨年（一九七七年）、同様の目的と内容で行なった同省による「体力運動能力調査」結果では、「体力の推移を年齢別にみると、青少年（一二～二九歳）では男女とも一七歳が最高。これを過ぎると男子では二〇歳で三%、二六歳で八%、二九歳で一〇%、それぞれ一七歳当時より体力が弱まる。ピークの後衰えが著しいのは敏捷性、瞬発力、柔軟性などである」という。さすが文部省もその結果をみて「体格が一般的に二〇～二三歳で完成することを考えると、それ以前に体力が衰え始めていることは問題である」と評している。社会環境の変化があるとはいえ、つまるところ確実に一つの特徴をもって体力の低下がすすんでいる、ということであろう。

もう一ついえることは、こうした省庁による調査が、ただやりっぱなしであるということ、やっても本質問題の掘りおこしをしないことである。

以上みてきたように幼・少年児の健康破壊や青年の体力低下は、日本の未来に暗い影を落している指摘しても、決していいすぎではあるまい。したがって日本の場合、健康破壊の現象に、次の特徴をつけ足さなければならぬ。

つまり、高齢者や婦人や、大都市に病人が多いことのほか、幼少年の健康状態の悪化、労働者、

とりわけ若い労働者の健康がむしろまわれつつある、という憂うべき状況である。

四 健康破壊はなぜ

1 高度経済成長政策

以上いくつかの調査を追って国民の健康状態をみてきた。日本人の健康は文字どおり、全国的に破壊現象がおこっている。

では、こうした憂うべき状態は一体、どのようにしてつくられ、いつごろから表面化してきたのだろうか。

以上を大ざっぱではあるが、政治・経済の構造と、その反映という視角から捉えてみよう。

まず第一には、敗戦後の政治・経済形態の新しい転換をなした「高度経済成長政策」に起因する、という捉えかたである。

国民の有病率の推移はつぎのようになっている。

「厚生白書」によれば、一九五五年度の有病率は、国民一〇〇〇人に対して三八であった。その後六〇年四七、六三年五七・五、六五年六三・六、六七年七二・二、六九年九一・六、七一年一一〇・三、七三年一二七・七、七五年一〇九・九という推移をたどっている。したがって二〇年前の一九五五年との対比では実に二・九倍、一〇年前の一九六五年との対比では一・七倍とい

表1 性一年齢階級別にみた有病率
(1000人あたり繰越件数)

	昭和30年 (1955)	昭和40年 (1965)	昭和50年 (1975)
総数	37.9	63.6	109.9
男	40.4	63.0	103.0
女	35.5	64.2	116.5
0歳	28.6	56.7	96.5
1～4歳	28.7	36.2	129.6
5～14歳	17.4	30.2	70.1
15～24歳	25.0	28.1	40.4
25～34歳	38.5	43.7	64.0
35～44歳	45.5	72.5	85.5
45～54歳	61.3	95.7	129.3
55～64歳	77.5	143.1	195.5
65～74歳	86.3	177.8	312.6
75歳以上	70.8	177.5	328.1

資料 厚生省「国民健康調査」より

う増え方である。

この年代的な推移が教えるのは、まず第一に一九六〇年度から高率で（五五年から六〇年までは五年間で増えていたものが、以後三年、二年と間隔をせばめて増えていく）、着実に国民の健康破壊がすすんでいることである。

保条約が国民の反対をおしきって強引に締結され、軍国主義復活が軌道にのった年である。

また経済問題も軍事問題同様、アメリカに従属しながら、高度に急速に成長させるため「高度経済成長政策」がとられ、文字どおり、政治、経済的進路の転換が行なわれた年である。

そして「福祉国家の建設」「所得倍増」の掛け声のもとに、バラ色の未来図をかかげて国民をその方向に動員していくのである。

一九七二年度の「建設白書」をみると、「大都市地域の住宅、土地、通勤などの生活環境は急

連に悪化した。またこれまでの公共投資は、実は景気の調整機能に重点が置かれた。これらは、経済の高度成長等のひずみである」と、国民生活を無視した、高度経済成長政策の弊害を自ら指摘している。

「白書」は、「公共投資は積極的に行なわれたものの、まだまだ不満足。イギリスにくらべて道路舗装率は一八%、下水道普及率は二三%、一人当たり部屋数は六八%にすぎない。高度経済成長等の中で、民間生産資本に対する社会資本の立ちおくれが急速に拡大した。社会資本のストック水準がきわめて低かったためもあるが、それ以上に、公共投資がそのときどきの経済全体の均衡条件の中で決定され、いわば景気の調整、景気安定の機能を受持たされてきたことが、大きな原因である。」とのべている。

「白書」はさらに、大都市地域の分析では、生活環境はいつそう悪化した。特に三大都市地域（関東、東海、近畿各臨海地域の都一府九県）で著しいと指摘し、「地方の農山漁村では過疎化がすすむ一方、大都市の住宅難世帯は徐々に減少してはいるが、全体の住宅事情は依然としてきびしい。住宅取得費は高騰し、資金調達の難しさから、郊外に一軒家を構えることは非常にむずかしくなった。住宅難は通勤難に転化され、東京都区部への通勤距離は五〇キロ圏を越えて拡大、通勤時間も一時間半が一般的になった。また、市街地の高密度化と公害は都市の緑を減少させ、大都市の市街地は急速に砂漠化している。」などと分析している。

なにが国民の健康破壊の要素となったか、いみじくもこの政府の調査は、認めるのである。い

第一章 国民の健康破壊の進行

表2 労働災害・職業病の発生状況

年 度	労働災害による死亡者数	業務上疾病の発生件数	労災保険の新規受給者数
1962(昭和37)	6,093人	21,684件	105万人
1963(// 38)	6,506	19,857	104
1964(// 39)	6,126	20,028	110
1965(// 40)	6,046	19,108	134
1966(// 41)	6,303	20,563	167
1967(// 42)	5,990	24,572	165
1968(// 43)	5,088	28,357	172
1969(// 44)	6,208	29,531	172
1970(// 45)	6,048	30,796	165
1971(// 46)	5,552	29,510	151
1972(// 47)	5,631	30,869	142
1973(// 48)	5,269	31,762	137
1974(// 49)	4,330	26,071	115
1975(// 50)	3,725	24,935	110

労働省「労働者死傷年報」「業務上疾病調」より

と認めざるを得なくなったのである。

「高度経済成長政策」がとられてから国民の健康状態に新らしい徴候と変化があらわれてきた、と数字は証明してきた。

つまり各種公害の蔓延、交通事故の激増、労働災害・職業病の多発によって、新たな疾病構造が「高度経済成長政策」の土台の上に築かれたのである。

交通事故による被災者は、一九六〇年から一九七〇年の一〇年間で、年間平均六五万人を下らず、労働災害・職業病は、一〇年間で約一三〇万人の労働者が傷つきたおれた。

こうして資本の強蓄積は実現した。資本の強蓄積に反比例して労働者の収奪は強化され、その犠牲のもとにGNP世界第二位に日本経済はかけのぼって行くのである。

池田内閣の公約は病気の倍増となり、庶民の夢「所得倍増」も、「福祉国家」の建設も、はかなく消えていった。

なお、「国民健康調査」にみる一九七四年度の病人が、過去二年よりも減っているのは、不況による企業の操業短縮、世論の風当たりによる交通災害の減少、風邪の一時的沈静などが原因ではないか、といわれていた。

たしかに翌一九七五年度の調査では再び増加してきたのであるから（一九七六年度にはさらに増えた）、その指摘の正しさは一応立証できよう。それのみか、国民の健康状況が、経済動向と不可分に絡みあっていることがますます明らかになったのである。

これは、日本資本主義の収奪の苛酷さとそのひろがりやを物語るものである。

資本主義は構造的に勤労人民を収奪し、支配していかなければ、その体制を維持することができない宿命をもっている。

労働の価値を低く認めて、安い賃金で労働者を雇用する労働力の収奪（低賃金―生活困窮）、生活環境・労働環境の破壊による健康の収奪（病人の激増）、教育の統制による思想的収奪（出世主義、金権主義、体制好みの人間の育成）は、あらゆるかたちの貧困をつくりだし、権利の抑圧と差別政策や愚民政策で資本制崩壊の土止めをはかろうとする。またこれらの収奪と支配形態は、互いに絡みあった国民の健康破壊の構造をなすものである。

したがって低成長時代に入ったからといっても、資本主義が利潤追及を前提とするかぎり、その基盤はゆるがない。労働者にはますます低賃金と苛酷な「合理化」が強いられ、人員削減と職場の安全衛生の節約を背景に、むしろ多様で慢性的な健康破壊が進行していくことになるだろう。

そして公害の蔓延、安上りの危険食品の増産、自然破壊の諸要素は、だまっていればいっそう国民の健康をむしばんでいくことであろう。

2 低所得との関係

昔から「貧乏が病気を生み、病気が貧乏を生む」といわれてきた。これはいままも一つの真理にちがいない。だが現在では、一般的に病気といっても、公害、職業病、成人病と多様にひろがり、またその背景もさまざまである。したがっていちがいに、低所得、即病気という直線的な因果関係の説明だけでは不十分である。

貧困の問題一つとりあげても、その内容は複雑である。つまり、生活諸資料を賄ない得ない低賃金や、社会保障給付の低額などによる個人の所得の貧しさや、その所得の貧しさからくる衣食住、教育、余暇など生活内容の低劣さや、社会的共同消費手段の貧しさ、自然環境の破壊なども当然あげられる。

しかしそれにもかかわらず、なおかつ指摘されなければならないのは、労働力の対価が、不当に低く抑えられていることであり、そのためにおこってくる内攻的な基礎的な健康破壊があるからである。

たとえば、厚生省の行なっている「国民栄養調査」を一見してもわかるように、高所得者層ほど脂肪、蛋白質の摂取率が高いのに、所得が低くなるにつれそれらの摂取率が下がり逆に炭水化

表3 事業所規模別結核要医療者及び新患者数

規 模 別	要 医 療	年間新発病
9～499人	0.56%	0.35%
1,000～4,999人	0.42	0.09
5,000～9,999人	0.32	0.08
10,000人以上	0.30	0.08

〔1970年「第12回産業健康管理研究会」より〕

物の摂取率が高くなっている。つまり低所得者層ほど栄養の摂取率が低い、ということである。バランスのとれた栄養を摂取することは、健康づくりの基礎である。

厚生省が同じように毎年行なっている「厚生行政基礎調査」も、「収入ないし、支出の低い層において有病率が高い」と指摘しているが、病人がつねに低所得者層に多いのは、生活環境の劣悪と複合した低栄養と無関係とはいえないだろう。

社会病といわれる結核を例にとってみよう。表が示すように、大企業での発病者は中小企業の四分の一である。別の調査では五分の一となっている。

よく知られていることではあるが、中小企業と大企業の賃金格差は大きく、表にあわせて一九七〇年の「企業規模・賃金階級別労働者の割合」をみると、月三万円以下の労働者は、中小企業で二一％もおり、大企業では六・九％と、ちょうど三分の一である（『春闘読本』一九七二年度版）。また製造業の常用労働者に支払われている賃金を一〇〇とした場合、日雇労働者の賃金は四一・九％、一〇〇人未満の事業所で働く労働者の賃金は五一・一％（一九七二年）にすぎないことも、こうした低賃金労働者が働いている中小零細企業の賃金内容と、大企業との格差を物語っている（『労働白書』一九七七年度による）。

結核が「白い大陸」といわれる比較的賃金の高い大企業から姿を消し、「黒い大陸」といわれる労働条件が悪く、なおかつ低賃金の小企業に潜在している理由も、以上のような因果関係にみることができよう。

むろん結核と貧困の因果関係は、とくく明治の『女工と結核』（石原修）でとりあげられているように、いまに始まったことではない。

では、世界的に低いといわれている日本の賃金を統計でみてみよう。いま中高年齢層の低賃金が問題になっているが、それを生計費との関係でみると次のとおりである。

一九七一年の全国勤労者世帯（三・八人）の消費支出は、一ヵ月平均で九万一二八三円となっているが、同じ年の製造業の三五歳以上の労働者の定期給与の平均は、三五歳～四〇歳一八万二七〇〇円、四〇歳～五〇歳一八万五三〇〇円、五〇歳～六〇歳一七万九七〇〇円であり、いずれも毎月の定期給与では四人世帯の平均的消費生活すらまかなえない状況である。

賃金の国際的比較では、およそアメリカの三分の一、西ドイツの六割、イギリスの七割で、一九七〇年度の『経済白書』によれば、牛肉一キロの購入に必要な労働時間は、アメリカ五七分、西ドイツ二時間二五分、フランスは四時間五三分、イギリス二時間八分であるのに比べて、日本は実に九時間三七分を要する、とある（いずれも前出『春闘読本』より）。

一方低賃金で労働者を使用している側の日本の企業はどうか。不況不況といわれながらも、一九七七年九月に国税庁がまとめた「三月期決算法人の申告所得調査」によると、申告所得総額

は前年より四〇％近くも伸びている。税金を納めることが出来た黒字会社だけの数字とはいえず、伸び幅は、石油ショックの一九七三年以後最大。中でも円高の為替差益が大きかった石油精製業は二九倍の所得増で、賃金自粛を労働組合が提唱した鉄鋼業も値上げでよみがえっているのである。

外国の事情とくらべるとどうか。一九七三年度の日本の大企業の伸び率は、一年前とくらべると一・一％も上昇し、米、英、仏、西独、伊、加等のいわゆる先進国では最高であった。その内容をみると、売りに占める人件費は日本一三％、アメリカ四四％、西ドイツ三〇％である。また労働分配率は、日本三九・五％、アメリカ七三・九％、西ドイツ六七・六％である（朝日新聞「一九七五年四月二四日号」）。低い賃金、少ない労働力で、日本の資本家がいかに利益をあげているか、以上は数字による証明である。

これだけの例でも、日本の賃金が先進資本主義の国々とくらべて非常に低い水準に抑えられていることがわかる。しかも物価値上り率が世界一の早さで進行して、実質賃金の目減りに輪をかけている。

その結果、勤労人民はたえず生活水準の切り下げと、それに対応する生活様式を要請されてきた。月賦の返済は引きのばすことができないし、家賃や電気代、ガス、水道料金およびテレビの聴取料、新聞代などは固定しており、交通費など諸経費の節約にはおのずと限界がある。そこで食事の切り詰めが始まり、必要な栄養量の摂取が落ちこんでいく。栄養摂取水準が、スペイン、

*営業案内を差上げます。

自費出版案内

自費出版とは——市町村史、校史、社史、団体史、伝記、小説、随筆集、詩集、歌集、句集、旅行記、回顧録、遺稿集、論文集、追悼文集、研究報告書、機関誌、PR誌、カタログ等印刷物の委託製作のことで。

勁草出版サービスセンターとは——これら印刷物の編集、割付、装釘、校正、印刷、資材、製本、製函、運搬等の製作過程上のわずらわしい交渉や手間を肩代わりする専門会社です。定評ある自費出版会社として、過去5年間に150点以上の実績をもっております。

最近こんな本を作りました——中島可一郎詩集『ガランバチ夜話』、田口富士子童話集『おばあちゃんのふたつのはなし』、曾和亥三夫『映画の本棚』、作左部勢策『甲子園の校歌とその周辺』、稲垣 勝『海外釣り・ひとり旅』、佐藤 憲詩集『冥府暦拾参月』、牟田哲二『陶淵明伝』、植村達男『本のある風景』、渡部善彦訳『トウク 通貨主義の研究』……………

株式会社 勁草出版サービスセンター

東京都渋谷区道玄坂2-16-3 高葉屋ビル4階 電話 476-5464

フィリピン双書

発行 井村文化事業社

発売 勁草書房

■刊行の趣旨

アジア諸国との関係をどのようにするか——は現在日本が直面している多くの問題のなかにあって、極めて重要なものの一つであることは論を俟ちません。

日本の出版界の現況を見ますと、アジア諸国との相互理解の基礎となるべき文献が稀有であり、アジアの人人が何を考え、語っているかを知ることが困難な状況にあります。

このような現状に挑戦し、真のアジアの活字文化の精髓を紹介するのがこの双書です。

何卒意のあるところを解され、ご支援・ご愛読下さいますようお願いいたします。

■準備中の企画

- ① タイ双書……アジア文化紹介第二弾
- ② フィリピン書輸入業務

ブラジル、ポルトガルなどの「後進国」なみに低いのも不思議ではない。

労働の対価としての賃金が、生活諸資料を購うだけの内容にならないとすれば、労働力の再生産は妨げられ、体力の低下、疾病という定石どおりの進行となる。そしていったん病気になるれば、収入は減少し、逆に医療費と、それにまつわる諸経費の出費がかさむ。病気はまったなしで貧困状態をつくりだすのである。

ここで当然、低賃金と低社会保障水準を労働力の再生産との関係で追及する課題が生れてくる。

3 生活保護と疾病

社会保障制度の未成熟なわが国で、生活に困窮したときの最後のよりどころになっているのは生活保護制度である。この制度は生存権を保障した憲法第二五条の理念を受けついで法律で、同法三条によると、この法律による最低生活の基準は「健康で文化的な生活」が保障されるものでなくてはならないことになっている。だが、実際には朝日訴訟で問題になったように、人間らしく生きていける額どころか一級地（大都市）の成人男子一人一食の食費が約一六〇円というように（一九七七年度）、動物的な生存保障もむつかしい内容である。

そのようなことを前提にして貧困―疾病―貧困の関係を生活保護受給状況のなかでみてみるとどうなるのか。

厚生省の「生活保護速報」によれば、一九七七年二月現在、約六六万世帯一三〇万人が生活保

護をうけている。

さらに厚生省がまとめた一九七五年度の「生活保護動態調査」をみると、一九七五年九月中に新たに生活保護をうけるようになった世帯のうち七七％は、世帯主や世帯員の傷病がそもその理由になっている。この率はほぼ毎年増加しているが、これほど貧困―病気の関係が説明されているものはないだろう。

もちろん傷病が理由で生活保護世帯になったということは、一九六一年からとられた「国民皆保険」が名ばかりであり、加えて医療保険制度がつきつきと改悪されてその役割を果していないこともあげられる。

周知のように日本の医療保険制度は、その種類が多くばらばらで、給付内容もそれぞれ格差があり、低所得者層の多い保険ほど劣悪である。特に、国民健康保険、日雇健康保険の被保険者、健康保険の被扶養者が長期の病気にかかるると医療費の自己負担などがかさみ、やがて生活保護を受けざるを得ないような状態に追いこまれる。

このことは、国保から生保に入った世帯が五八・四％、日雇健保から生保へは三一・三％という数字からみても裏づけられている。

経済企画庁が、一九七六年に発表した「消費者動向予測調査」によると、七六年度夏（六月―八月）一世帯当たりの家計消費支出は一ヵ月平均一八万七〇〇円であった。

生活保護基準は、一九七六年度の平均四人世帯の基準額は一級地（大都市）で約九万円である。

したがって、この数字が物語るのは、生活保護家庭の消費指数は、依然として一般勤労世帯の二分の一程度である、ということである。その絶対額からいっても、基準内操作のむつかしい生活保護家庭の場合は、食生活も必要栄養量の二分の一しか摂取できない、ということになる。

一九七六年に中京女子大学講師の鈴木知子氏が行なった「生活保護世帯の栄養摂取状態」調査（中京女子大学紀要第一二号）によれば、生活保護世帯の栄養摂取量は一般世帯の必要摂取量のほぼ二分の一という数値があらわれている。

この調査はまた、母子世帯を対象に行なっているため、育ちざかりの児童の栄養摂取量の低さも、数字にあらわれており、「……特に問題になると思われるのは、成長期にある子供たちの栄養摂取量が低いことである。成長期は、いうまでもなく健康な体を作りつつある時期であり、その年代に十分な栄養が摂れないことは、将来にまで悪影響を及ぼす危険性がある。……」と、「考察およびまとめ」でとりあげられ、重大問題として指摘されているほどである。

すでに朝日訴訟の第一審過程で、朝日側の証言に立った労働科学研究所の藤本武氏が厚生省の委託調査をもとに「保護基準で生活すると、母は異常がなくとも、その母体から生まれる子供の智能にまで影響する」という証言を行なって注目をあびたことがある。

前記の「生活保護世帯の栄養摂取状態調査」が、尿中の窒素成分の分析と併行して保護世帯の実態をあきらかにしたことは新しい問題提起となるであろう。

以上の科学的な分析を裏づけるように、この調査とはほぼ近接した時期に日本福祉大学内福祉学

会が、「現代の貧困と福祉行政」というテーマで座談会を開いている。その座談会の中で、現場で働くケースワーカーたちが、その目でみた被保護者の生活問題を報告しているので関連部分のA医療ケースワーカーの発言だけをとりあげてみよう。

A「医療機関からみた特徴は、保護世帯の患者さんは他の方々にくらべ、病気になるとなおりにくいことですね。慢性疾患の場合特になおりにくく重症化します。子供の場合でも急性疾患をくりかえします。これは治療行為の一つとも考えられる栄養摂取の悪さ、住宅状況をはじめとする生活環境の悪さなどが影響しているのではないのでしょうか。

それから別の特徴は、主病が治ったにも拘わらずその後もズルズルと複雑な自覚症状がづくことです。たとえば頭痛、下痢、発熱、不眠、イライラ、不安感等診断のつけにくい、しかも本人にとってはきわめて深刻な症状がづくわけです。生活保護を受給する原因になった主病のほうは治っているので、福祉事務所からはもう社会復帰しても良いのではないかと言われる本人は不安の毎日がつづくわけです。これは、生活保護をうけてから急激に発病前の生活水準と全く違った生活を強いられ、今まで親しくつき合っていた隣人に劣等感をもつようになり、外を散歩することもいやになってしまおう、というように、自分自身を見失ってしまい、病気のみにのめりこんでいくからではないでしょうか。

これは、単に精神的に被害者意識をもっていくだけではなく、保護世帯ではテレビもなく、子供の衣服も持物も、他の子供と差があるなど現実に孤立感を強いられる生活基準なわけ

です」(日本福祉大学刊「福祉研究」三〇号)。

約七〇万世帯一三〇万人の人たちは、おおむね以上のような生活を強いられているのである。

「貧困—疾病—貧困の法則からいえば、被保護者こそまさに疾病構造の中にある、といえようし、また、そのきわめて低い保護基準額が、「生保基準を引上げると、賃金や社会保障給付を引上げなければならなくなる」と朝日訴訟の係争中、政府側が準備書面ではっきり示したように、労働者の賃金や社会保障の給付額に決定的な影響を及ぼすということになれば、これもまた、健康問題に関連した一つの側面として見逃すことはできない。

第二章 対応する医療政策（医療荒廃と合理化）

統計でみただかぎりでも、国民九人に一人は病人である。少くとも一四人に一人は医者診察をうけ、特定の病名をつけられて治療をうけている患者である。

その多くは、何らかの社会的原因によるといわれている。では、その患者たちが、現在どのような処遇をうけているのか。

巷間、「待ち時間三時間診療三分、馬に食わせるほどの薬」とか、「保険あって医療なし」という言葉で、日本の医療政策が表現されている。その代表的な実態をみてみよう。

一 顕在化した従事者不足

どこの医療機関にいても、かならずといってよいほど話題になるのは、「お医者さんが少ない。看護婦さんが少ない」ということである。

この点にかぎっていえば、病院側にとっても患者にとっても共通の悩みである。そしてまたそれは、医療従事者にとっても同じであろう。

患者は、治療が充分行なわれるだろうか、"いのち"の立場でそれを恐れ、医療従事者は、良心的な医療指導ができないこと、重労働によって身体をこわし、そのことがいっそう従事者不

表4

国名	医師数 (人口1万対)	看護婦数 (人口1万対)	入院患者1人 1日当り従事 者数(短期、一般 病院)	平均在院日数 (短期、一般 病院)
アメリカ(1969)	15.5	50.5	2.65	8.4
イタリー(1969)	17.9	18.9	—	—
イングランド・ウェールズ (1969)	12.1	31.7	2.38	11.6
スエーデン(1969)	13.0	47.7	1.44	11.9
西ドイツ(1969)	17.0	28.1	—	—
フランス(1969)	13.0	26.4	—	—
日本(1969)	11.6	26.6	0.84	32

資料 「厚生省保険局医療課」調査資料(1973年)より

足に拍車をかけ、状態を深刻にしないだろうかと思われる。

ところで、顕在化しているという医師不足、看護婦不足は本当なのか。いつも外国と比較されるが、どのくらい外国が多くて日本が少ないのか。

表4をみてもわかるように、数だけでみると確かに少ないが、それほど大きな遜色はない。それどころか、看護婦など日本より少ない国さえある。

ではなぜ「不足」が叫ばれているのか。

一つは相対的に患者が多いということである。特に長期疾患の患者が多いことである。表にもあるように、外国では、入院患者一人に対し、従事者二ないし二・五人であるが、日本では患者一人に対して従事者の数は〇・八四人である。これが対医師との関係になると、有床診療所では患者八〇人に対して医師一人という状態である(一九七五年度「患者調査」)。

もう一つの不足の原因は、患者が多いのにもかかわらず、医療従事者、とりわけ直接的な医療従事者の養成に、政府が力をいれない、という政策的な姿勢の問題がある。

一九七二年に、田中角栄氏が首相になったとき、国会で「現在全国に国立の医科大学のない県が一二ある。それを五ヵ年計画で解消したい」と答弁したものである。それから五年経過したが、まだ依然として七つの県に国立の医科大学がない。私立医大の入学金をめぐる諸事件が、今日のように社会問題化しても、国立医科大学の無い県を解消するすっきりとした方針がでていない。

医者の絶対数の不足は、必然的に医者の稀少価値を高めていく。そして矛盾は相乗され、悪しき伝統である「医師中心主義」が構造的なものとして強められ、医師の独善性をさらに助長していく。それが、医の倫理の破壊や医療の荒廃を深刻にしているのではないだろうか。

看護婦の場合は少し事情が違う。一九七三年にNHKが行なった調査によれば、免許証をもった看護婦総数四八万人中、職に就いているのは半数の二五万人であった。なぜ職に就いていないか、の理由をみると、①賃金が低い、②夜勤が多い、③通勤の便が悪い、④病院に保育所がないなどがあげられていた。

月二〇回の夜勤もめずらしくないという、労働基準法違反の労働を強制され、それでなおかつ低賃金では、仕事に愛着をもっていても、生活のため心ならずも職場をはなれていくのはとどめようもないだろう。

いま、看護婦の職場離脱防止対策としての「ナースバンク」が設置されたり、看護婦養成対策

として「看護婦専門大学」も構想された。

見た目にはそれほど奇異な印象を与えないようだが、これでいまの看護婦不足の解消ははかれる、と考えるのは早計である。ナースバンクといえば、耳ざわりはいいが、ていどのいい情報管理システムである。看護婦の、養成所卒業時より終身身柄がコンピューターに管理され、「日米安保条約」による軍事行動が発動された場合など、「従軍看護婦」として、昔赤紙一枚で召集されたような調子で動員されないまでも、ときとして、人権を無視した動員配置もまったくくない、と断言できるだろうか。

「医療の軍事化」が自衛隊病院、防衛医大などというかくれみの中に組みこまれることによって沙汰やみになったとはいえ、新しい軍事行動方針などが防衛庁幹部たちによって企画されている昨今である。「医療の軍事化」の再来がないとはいえないであろう。

看護婦の専門大学は、看護婦養成所の教官不足ということから構想に発展したものであるが、一九六〇年の「白衣スト」以来、医療労働運動の中心になった看護婦の人権の自覚と、その運動のより上がりに、「精神主義」の復活を説く「教育的任務」をも併せもつもの、とみるのは考えすぎだろうか。結局大学構想は実現せず「看護研修研究センター」として教育者の養成所となったが、その意味するところは変りないだろう。

いずれにせよ、この新しい看護婦増員対策は、看護婦の基本的要求をとり抜けて構じられているところに、疑惑をむけずにはおられない。

それでは以上のような、医師、看護婦不足は、医療社会になにをひきおこすことになるのか、現実は何がおこっているのだろうか。

二 しわよせはすべて患者に

まず第一に、基本的な点で、患者はゆきとどいた療養上の指導がうけられない、ということである。

「保険医療養担当規則」によれば、「保険医は、診療に当っては、懇切丁寧を旨とし、療養上必要な事項は理解し易いように指導しなければならない」（一三条）、「保険医は、診療にあたってはつねに、医学の立場を堅持して、患者の心身の状態を観察し、心理的な効果をもあげることができるよう適切な指導をしなければならない」（一四条）とある。このような条文は、一般的には高嶺の花にすぎない。

医者にいわせれば、病院の待合室にあふれる患者、少しも減らない机の上のカルテをみると、とても「懇切丁寧」に診察をしたり、「心理的な効果」を考えている余裕がない、というのが実感であろう。

意識的な「乱診乱療」ではないが、少なくとも、腰を落ちつけた診療活動の保障はない。「誤診」は往往にして、そうした「待ち時間三時間、診療三分」といわれる、多い患者、少ない医師の対関係の隙間から生れた「産物」でもある。それにいつもくたくたでは、勉強する体力も気

力もそれが、日進月歩の医学の進歩に追いつかないであろう。

世の批判的である医師のごうまんな態度も、同じ矛盾の母体から生れてくる。たとえば、つぎのような新聞への投書がある。

「最近のことです。一歳半の娘にジンマシンのような発しんができたため、近くの小児科医の診察を受けました。『この一週間、風邪ぐすりは飲みませんでしたか』と聞かれ『はい』と答えると、『薬を出しておきましょう』。それでお願いします。

発しんがどういうものなのか、食事、入浴など注意すべきこともいわれません。そこで、どういう薬が処方されたのか尋ねたところ、『とやかくいわれるなら薬は出しません』と、さつさとカルテをかたづけられてしまわれるのです。医師の言われるには、患者が多くて、いちいち薬などの説明をしていたら、頭が混乱してしまうとのこと。これには驚きました。

よい薬や正確な診断も大切ですが、診療も一つのコミュニケーションだと思えます。良い人間関係なくして、どうして良い治療が行なわれましょう。ことに町の開業医といえはホームドクター的な要素がつよいものです。医師、ことに小児科医は、聴診器をとる前にまず話を聞く姿勢を示してほしいと思えます。〔「中日新聞」一九七六年七月二三日号〕。

「最近の病院の混雑ぶりは本当にひどいものである。病気の流行にも左右されると思うが、私どもの団地では病院が少ないことも原因の一つだと思われる。それにしても設備の悪いのは驚かされる。

三時間ぐらい待たされて診察は数分。それも機械的で、医師も疲れているせいもあるが無言のまま。笑顔一つ見せない。問いかければしかられる。また看護婦に当り散らす。あれでは物もいえない。患者からみれば医師はえらい人かもしれないが、何も威張る必要はない。患者は気分も悪く、おびえきっているのだから、優しくいたわってほしい。」(『中日新聞』一九七六年七月一九日号)。

以上は、新聞の投書欄でみた、ある意味では街の、そして一般庶民の声であり患者の声である。一九七三年五月、総評が行なった「医療実態調査」のなかにも、医師に対する患者の声は痛烈であった。

「医師は定期診断の結果すらもよく説明してくれない。」「症状について親切に説明してほしい。」「医師は患者のいうことをよく聞くという姿勢が必要である。」「医者には、しかられないようにしてものをいう。」「いろいろと聞こうと思うが、いざというときはほとんどいえない。」「主治医が研修医の時は不安だ。」「常勤医師が足らず、パートの医師が多いので困る。」「治療はもっと時間をかけて日数をふやしてほしい。」などである。

総評の調査は、病院に入院している長期の患者が対象であった。ちなみに、日患同盟がその長期の療養患者を対象に行なった「医療内容と看護内容の実態調査」(一九七六年一月)によると、主治医の回診は平均して二五日に一回である。そして診察時間は五分以下が七六%となっている。そのかぎりでは待ち時間二五日、診察四分で、一般にいわれている「待ち時間三時間、診療三

分”よりはるかにひどい。患者は病院に何のためにきているのか、といたくなくなるような処遇である。

もちろん日本のすべての医者や医療機関がそうであるというわけではない。が、あまりにも少数の医師、医療機関の存在が目立ちすぎる。

なにしろ「生殺与奪の権」をにぎられているのだから、医者に対して患者はよわい。おまけに、医者の数は圧倒的に少ない。「選ぶ自由」どころではない。

こうして特権に油をそそぐかたちで医師像が外的要素としても形成され、医師自身もそうした土壌に溺れてしまう。

そして最終的な不幸を背負わされてしまうのはいつも患者である。

1 過密ダイヤの看護業務

患者にたいする看護婦不足の影響も有形無形にひどい。とくにそれが、いつ医療事故につながるかかわからないという一触即発の事態もある。

かぎられた時間内に、患者の体温、脈拍をはかり、薬を配り、注射を打ち、包帯交換などの処置をする。ベッドを掃除し、尿器や便器を替え、清拭を行ない、食事をとらせる。その間、患者の動向を正確にカルテに記録しておかなければならない。

この平均的業務の中に、突然おこりうる状況、つまり急に症状の悪化した患者がでたらどうな

るか、過密なダイヤは完全に乱れることになるだろう。まさに激務である。

こうしたいわば激務を能率的にこなすためには、体温をはかりながら注射のことを頭に浮かべ、注射をうちながら、次の処置のことを考える、ということになりかねない。

こんな繁雑な仕事の中では、看護婦養成所で身につけた看護技術が正常に機能するはずはない。注射をするにも、針のさし方によって痛さが違うとわかっていても、そんなことを考える時間的余裕が、看護婦不足の中では与えられていないのではないか。

こうしたいつでも事故につながりそうな看護婦たちの執務状態は、患者に不安を与えるだけでなく、その緊張と過労によって、自らの健康をも破壊していくのである。

全医労（全日本国立医療労働組合）が行なった「婦人の権利と健康に関するアンケート」によると「時々病気になることがある」「よく病気になる」を合わせると八五％で、「病気などかかったことがない」と答えた人は、わずか八％という数字をみても、その激務ぶりを知ることができる。

患者が、なにかを頼むためにブザーを押すのを遠慮するという問題がある。いそがしそうな看護婦をみると、気の毒で呼びたくても呼べないのだ。三回呼びたいところを一回でがまんしてしまふ。ところが呼んでもなかなかきいてくれない。長い時は五分も一〇分も待たされる。大休患者が看護婦をよぶときは、せっぱつまったギリギリの段階で呼ぶのである。それがすぐきいてくれないとなると、事故につながりかねない。

総評の「医療の実態調査」によれば、「点滴が終わったとき、自分もいねわりをしているし、看護婦も目が届かないし、おそろしい。点滴中だれもいない。点滴が終っても、すぐきてくれないので、自分ではずしたこともある」というのである。

もし処置が一秒でも遅くなり、血管に空気でもはいれば、その患者は死にいたるのではないか。

この点滴注射について、日患同盟の地方組織である岩手県患者同盟の調査によると、「輸血やリンゲルなどの点滴注射をするさい、終わりまで看護婦がついてくれるか」という問いに、「いない」と答えたものが、全体の六四％という高率を示している。文字どおり危機一髪という状態である。

特にこういった看護婦不足は、とりわけ重症者にしわよせされているのが特徴である。岩手の患者同盟の調査によると、ふとん干しや重症者の着替えなど「身のまわりの世話がよくやられているか」という問いにたいして、「いない」と答えているものが全体の五四％、「尿・便器の使用後、手ふきはやられているか」という問いに、「いない」が四三％、「重症者に食事前の手ふきがやられているか」の問いに、「いない」が五六％。自由に身体を動かすことのできないこうした重症者たちの半数が、便器使用後の手もふかずに食事をさせられている、ということになるのである。

医師不足、看護婦不足は、事故につながらないまでも、こうした人権問題を随所にひきおこし

ているのである。

看護婦不足と関係がふかく、そして日本の医療の盲点の一つにもなっているのが、付添看護の「制度」である。基準看護を採用している病院では、患者は基準看護料として特別の料金を保険で支払っている。そこへ手不足だからといって付添をつけさせられるのは二重払いであって、それを求める病院側は違法行為として問われるだろう。

とはいっても、看護婦不足の今日、「付添制度」があるために救われている患者・家族も実際にいるのであるから、数々の批判は一応措こう。ここで取り上げたいのは、本来有資格者の看護業務である食事、清拭、与薬、病状観察など、身近かな患者の世話をしている付添婦たちの看護技術の問題である。

いうまでもなく、付添をつけるほどの患者は重症である。些細なことでも高い水準の看護技術が要請されるのは常識である。ところがほとんどの付添婦は無資格であり、それに高齢者である。いくら医師・看護婦が指導し、その指示にもとづいて看護をしているとはいっても、大体指示する人たちが不足しているのであるから、これほど心もとないことはない。

では、いま、ある意味では日本の看護体制を底辺で支えているこの非近代的な制度を廃止したらどうなるか。手のかかる重症者の入院の敬遠、看護婦の傾斜配置（軽症者の看護の手抜き）、病棟閉鎖等々と、患者の、特に重症者の犠牲でさらに日本の医療は後退していくであろう。

だからといっていつまでもこのまま合理化しては、ますます医療の矛盾はふかまるし、患

者の不幸はつのるばかりである。

2 ひろがる医療事故

医師・看護婦不足による患者の被害は、注射ミス、採血ミス、投薬ミス、医療器具の操作ミス、手術後患部への鉗子などの置き忘れ、保温器内の未熟児の死亡、赤ちゃんのとり違え事件などと、医療事故も多い。

もちろんこの種の事故が、純粹に従事者不足という「数」だけを理由にしておこったものではない。もっと他の要素も加味された複合的なものといわねばならないだろう。つまり精神のゆるみをさそうきびしい労働条件の問題。看護婦の場合など、教官不足、教室不足などで養成期間中カリキュラムが消化しきれない、という看護技術の質の問題もあるからである。

したがっていちがいに医療事故といっても、原因は単純ではない。これらの認識をふまえてその責任を明確にしないと、個人の責任か、あるいは制度上・構造上の責任か、その責任の所在があいまいになってしまう。

だからといって、いかなる場合でも、全く個人に責任はないか、という決してそうではない。現状打開にどのような努力をしたか、をふくめて個人の責任をまったく等閑に付すことはできない。

問題は、本末を転倒して本質を見失なわないことである。

一九五五年代に入ってから医療事故の拡大と併行して、「医療裁判」が急速にふえてきた。

これも、「高度経済成長政策」期に入ってからの特徴であるから、病気の激増と無関係ではないし、その中で医療運動の前進、とりわけ患者会、患者団体の結成やその運動の強化とも無縁ではない。いわば国民の権利意識の向上とともにあらわれた民主主義運動の一つの形態としてみるべきだろう。そうした動きの中で、医学の閉鎖性・密室性がだんだん稀薄になり、また閉鎖性をつきやぶろうとする、進歩的な医師たちの内面的努力も実を結んで、医学・医療の解放も一歩すすんできた。

こうした一連の経過と発展の中で、「被害者を救済し、医療の過誤を告発するだけでなく、現在の医療構造にまでメスを入れる」という目的で、一九五七年九月五日、一〇〇名近い弁護士によって、「医療弁護団」が結成された。

もちろんその目的からいって、当然、医療運動の一環として位置づけられることであろう。時代の動きをひしひしと感じさせる動向の一つである。

このような進歩の動きの反面、日本医師会の「予防接種の返上」というような抵抗のための戦術にも見うけられるように、万一事故がおこっては面倒だと、必要な治療もすすんで行なわないとか、あるいは他の病院を紹介するなどという安易に治療を回避する傾向が、最近露骨になってきた。マスコミはこれを「保身医療」と皮肉っている。タライまわしと根を一つにしている、医師法第十九条に抵触しそうな問題である。

だが良心的な医者には眉をひそめていう。

「……最近はやマスコミが医者や『守銭奴の悪者』のようにこきおろすのが風潮のようですし、患者さんの方も、何か不都合なことがあると、何でも『医療ミスだ』と言われる。こんな風潮の中では、本当はこの治療をしないと良いが、何かあるといけないからやめておこうと言うようなことにもなりかねないわけで、それでは患者さんにとってもマイナスです。

医師を信頼し、また医師も、『医は仁術』の心で、治療に当たらなければ、この荒廃した人間不信の現在の医療に、『心の通じあう医療』はもどってこないと思うのです」と。

告発は、人間関係の破壊のために行なわれてはならない。玉石を混同して、一部の人が類推して、すべての人がそうであるような錯覚をもつべきではない。

それは患者のためにならないだけでなく、医学・医療の進歩の足をひっぱることになるからである。

3 不正入試と医者

「英語0点、数学0点、それでもなお愛知医大に合格。これはもう、どんなSF作家も書き得ない『怪談』である。身の毛もよだつ。

人の生命を預かる医師を養成する大学がその気なら、こっちもいおう。『皆さん、もし盲腸になったら、肝臓を抜き取られないよう気をつけよう。』現代のスリラー。なんとか防ぐ手は

ないのか。」

以上は、某週刊誌（一九七七年七月二四日号）が、いま問題になっている愛知医科大学の「札幌入口入学事件」をとりあげた記事の導入部である。

新聞の報道によると、愛知医科大学の入学試験は数学・外国語各一五〇点、理科は二科目選択で各一〇〇点の計四科目五〇〇点満点。教授会では二〇〇点を合格ラインとしている。ところが、今春の入試では、数学三点、外国語〇点、物理三点、生物二四点と計三〇〇点の学生も入学した。合格者のうち数学〇点が六人、外国語〇点二人、理科〇点二人がいた。

その一方で、四〇〇点近い点をとった上位受験生の中には、寄付金が払えないため不合格になったものもいた、というものである。

医科大学入試にまつわるこの種の出来ごとは、少くとも我が国においては氷山の一角にすぎない。

東京代々木にある予備校「代々木ゼミナール」の調査によっても、全国四〇の医科歯科系大学で、「特別納入金」が徴収されていることが明らかにされている。

こうした現象は、いうまでもなく、患者が急激に増え、医師不足が、深刻に叫ばれてからである。つまり、需要と供給のバランスが大きくくずれ、医者 of 稀少価値が異常に高まったからである。

いまから七年前の一九七〇年、おそきに失したとはいえ、中央社会保険医療協議会（中医協）

は、計量経済学を利用して「医療需給調査」を行ない、「将来死亡率低下による労働人口増加によって深刻な医師不足が生れる」と展望し、需要と供給のアンバランスを是正するために「計画的な医師の養成」を強調している。

ところが政府は、患者減らしにも積極的ではないが、医者づくりにも積極的ではない。そこで目ざとい事業家などによる、邪道としての医科大学づくりが活発にはじまるのである。

中には、大阪の「浪速大学」のように、七歳の児童に三千万円の子約金をつけるというような世間をアツといわせる「事件」も発生した（類似の不正が多く「浪速大学」は後に認可取消になった）。

子を医者にしたいという親心は、医師の場合、自分の後をつがせる、ということにより真剣である。

愛知医大の場合も、同大学の六年生六三五人中五一一人、また今年度入学者一二六人中一〇二人が実に医師の子弟である。

一九七三年、拓植大学が、医学部設置の認可を申請するさい、全国の開業医に送った趣意書があるが、その中には「現在、開業医の子弟で医学部志望の浪人は少なく見積りましても一万二〇〇〇名います。……個人経営の医院や病院で、子弟が医師にならなければ実質的には破産であります。……」などと嘆願めいた呼びこみに続いて、「医師には、能力より、体力こそが重要であります」などとも書かれていた。

むろん医師の子弟の中には、医師になりたいものもいよう。だが、嫌だ、というものの中にはいるのである。それを首になわをつけるようにして試験を受けさせ、在学期間、なだめすかして勉強させる。これで「医の倫理」などを口にさせるような医師がどうして育成されるだろうか。大抵は、金力の上にあぐらをかき、金さえあれば卒業もできるだろう、国家試験も受かるだろう式の学生が育ってしまう。こんな学生が医者になって一体何をやるのだろうか、と思うと寒気がする。同時に、本人の適性や能力を度外視して、ひたすら、医師に仕立てようとする一部父母のゆがんだ考え方も、きびしく批判されるべきである。

むろん国民はだまっていけない。街の声をひろってみよう。

「開業医の子供は親の後を継ぐために、『医者になってやってやるんだ』という。なぜ、それまでして、医者の子供は医者にならなければならぬかと思うのですが、医師優遇課税などの恩典をはじめ、地位、名譽が保証されて、私たちにとってはうらやましい職業であるからでしょうか。」

この夏休み、医大に進学を希望する生徒が、ある医大の受験特訓講座に参加しようとしたら、父親がその医大卒でないからということで参加できなかったそうです。

多額の寄付金が必要な私立医大など医者の子でなければとうてい入学できないのに、世襲制を守るために、こんなままでして必死にわが子の特訓しているのかと思うと、年をとってどんな医者の世話になるのかと恐ろしい気がします。無理してドラ息子医者にするより、立派な

医師を養子に迎えることを考えてはいかがでしょう」〔朝日新聞〕一九七七年一〇月二九日）また、次のような意見もある。

「私立医大が入学時の強制寄付金を廃止する代りに、来春から入学金約一千万円、さらに学費の値上げを打ち出した。まったく居直ったとしか受けとれず、庶民にとって医者への道はますますすけわしくなった。いや事実上断られたと解釈してもよいと思う。

心身ともに健康で、優秀な学力を持つ若者が医者になれないというのは、大きくいえば国の損失ではないか。そこで医者をめざす若者には、政府が多額の奨学金を出し、卒業後に返済させていくという方法をとってはいかがなものか。

もう一つ、もうけている医者の税金を引き上げ、その増収額を医大にまわせば、かなりの若者にとって医者への道がひらけてくると思う。

こうでもない限り、地盤に支えられた政治家同様に、医者は完全に世襲制度になる。そして、真に患者側に立って患者の痛みを理解し、治療できる医者はいなくなると思う」〔朝日新聞〕九月一三日）。

そして怒りはエスカレートして、次のような提案まででてきた。

「ロッキード事件に代表されるように、巨額な金が渦まるところは、スキャンダラスなことが多くあると私たちは知りました。

尊い人命を託する医者になる過程にも、私立大学入学に政治家が介入したと聞きます。

果たして国家試験合格率は国立と私立間に格差が大きく、とくに新設私立医大では入学者の半数が、やっと合格しただけと報ぜられました。とにかく手っとり早く医師の免許さえとればその質と手段は問わない、という世情です。

このような時に、私たちは手がかりに医師を選択すればよいのでしょうか。知る権利が取りざたされていますが、医師の看板に出身校の表示を禁じている医師法は時代錯誤です。元来法律は、社会正義と市民福祉を旨とするものです。電気製品でもメーカーによって選ぶとき、私たちは患者のために、直ちに医師法を改正して、医師に出身校の明示を義務づけるべきです。」

〔毎日新聞〕一九七七年七月一六日。

警告的意図でいっているにせよ出身校の表示にまで発展すると、これは差別社会をつくることになっていくので賛成できない。が、不正入試、高額入学金、無反省な私立医大協の態度はこうした世論を形成する下地になっているのである。

この根ぶかい日本の医学教育の歪みを是正するのは、私大への援助、国立医大の建設、国家試験の厳正、カリキュラムの再編、等々の方針をもった政治・政策の転換以外、いまや解決の道はないであろう。現状のままでは、「盲腸になって、肝臓を抜き取られる」「心配はついてまわる、といってもいいすぎではない。まさに、医師不足が生み出した現代の社会的悲劇である。

4 ニセ医者と無医地区

相対的医師不足は、ニセ医者をも「養成」してしまふ。

ニセ医者といつてもいろいろある。その一つは、医科大学の中退者、あるいは卒業はしたが、国家試験には受からなかったものが、医者をほしがって厳密に身元調査をしない病院にもぐりこむ、というケースである。

もう一つは、戦争中、軍隊の衛生兵をやっている、野戦などでみよみまねで傷ついた兵隊の応急手当をしたその経験をいかして、ニセ医者になりすましていてというケースである。

摘発されたニセ医者の行為をみると、中には、盲腸手術など外科的な処置までしたものがある。まったく背ずじの寒くなるような話である。

しかし一方、岐阜の寒村で実際にあつた例であるが、その村にニセ歯科医が開業していた。やがて発覚して逮捕され下獄することになる。村の人たちは「医者」がいなくなつて困つてしまい、「ニセ医者でも、いないよりましだから」といつて、もらい下げの請願運動をしたというのである。笑うに笑えない問題で、いかに医師不足が深刻であるかの一例である。

無医地区の問題も根っ子は一つである。

保健所法によれば、人口一〇万人に一カ所の割で保健所が設置されなければならないし、また医療法においても、一般病床の配置が定められている。

しかし現実には無医地区はふえており、現在では二〇〇〇地区をこえている。これは、子弟の教育のために都市にでたがる医者、儲けにならないからといって農村を後に都市に進出する医者、

また研究におくれるからといって都市をめざす医者もいて、僻地が医者に見離されることが一つの理由である。医療から疎外されていくのである。

こうして僻地は格好のニセ医者の温床にも変ぼうしていくのである。もちろん、こうした僻地寒村の医療に情熱を燃やしている医者たちもたくさんいることを、忘れてはならないだろう。

否定的な現象のおこるのは、地域政策や医療政策の立ち遅れにあることをまず指摘すべきである。

ソ連のように、卒業後三年は国の方針にもとづいてどこにでも就任する、という「計画的医療政策」が行なわれれば、解消の方向にむかっていくであろう。

だがソ連の医療が教えていることは、医療政策と政治・経済政策が表裏一体をなして、医療はその総合政策の一環になっている、ということである。この点を見落しては、教訓を得たとはいえない。

また一口に無医地区といっても、農村僻地ばかりが無医地区ではない。

大都市においても、昼間は散在する診療所も、夜間診療を行なっているところはほとんどない。このかぎりにおいては都市の夜間は、無気味な無医地区である。

救急患者がタライまわしされ、どの病院をまわっても、医者がいないとか、ベッドが空いていない、とかの理由で門前払いをうけ、ときとして救急車の中で息を引とる、という例はあとを絶たない。こうした、タライまわしの数は、自治省の消防庁がまとめた「救急白書」によっても、

一九七五年度一年間だけでも約四万三〇〇〇件に達している。

これは明らかに無医地区現象の一つであり、医者が集中している都会でおこった、皮肉な現象といわねばならない。

事故が増え、裁判をはじめ、国民の運動も活発になってきた。無視できないその実態に、マスコミも目をむけキャンペーンがはじまった。その動きの中で、地方自治体やその行政区では、休日診療やタライまわしを解消するための救急システム化への取りくみはじまった。一九七六年度予算で政府も一〇〇億の子算を組み、ようやくその対策にのりだすのである。

しかしその反面、歯科医の「生活保護指定医療機関」返上の動きと同様、救急指定医療機関の約六二%近くが、返上のごきをみせている（第四回日本救急医学会総会）。返上理由をみると、医師・看護婦が不足して対応できない、ベッドを空けておいても保障金がでない、要するに採算が合わない、というものである。

最低でもこの返上理由が解消されないかぎり、せつかく地域住民の要請をうけて確立しようという救急システムも、中途半端なものに終わってしまうおそれがある。

ニセ医者、無医地区、そして患者のタライまわし事件等の患者の医療権をめぐる悲劇は、その根本において、まったく同一の問題をかかえているのである。

三 保険あって医療なし

患者にとつて、医療・看護の問題とともに、重要な関心事の一つに医療費の問題がある。

病気になるって、医療費やその他の経済的な問題での悩みがからみあつてくると、落ちついて療養できない。

なぜなら医療費の自己負担分が滞こおったり、差額の費用が払えないということで、療養の途中でやむなく退院したり、あるいは、退院をせまられたりするからである。そのほか家族の生活が心配で退院する、ということもある。それらが病状に影響することはいうまでもない。

一九六一年に国民皆保険制度が発足し、国民は誰もが医療保険に加入することになった。加入するということは義務だけでなく、権利として医療保障されることを当然意味している。

しかし実際には制度の未成熟さとあいまって、保険料は高く徴収されるが給付内容がよくない。それだけでなく、制度の後退が、一年一年とすすんで給付内容もそれにしたがって悪くなつていくのが特徴である。

特に保険外負担としての差額徴収が認められていることによって、健康保険の機能はますます減少しつつある。

健康保険の改悪問題は、第七一通常国会（一九七六年二月→七七年四月）で審議未了となったが、参院選挙の結果に安心した政府は、強腰で臨時国会に再提起を考えている。

その内容は、①初診料を二〇〇円から七〇〇円に、②入院時一部負担金を一日六〇円から二〇〇円に引上げる、③高額医療費の自己負担金を三万九〇〇〇円から五万一〇〇〇円に引上げる、④保険料の上限を三二万円から三八万円に引上げる、⑤ボーナスからも保険料を徴収する、⑥その代りいままで結核患者だけが一年六ヵ月だった傷病手当金を六ヵ月から一年六ヵ月に期間延長する、というものである。

そしてその改悪の重点を財政効果の一番高い総報酬制、つまりボーナスからも保険料を徴収する点においている。

このような、健康保険改悪の提起の背景になっているのは、保険財政の赤字である。厚生省の発表によれば、一九七六年度の単年度だけで赤字は決算で五六一億円になった。一九七四年度にいままでの累積赤字約三五〇〇億円をタナ上げしたが、それでも一九七四年度以降の累積赤字は一二〇〇億円に達したという。

この赤字の原因は、不況の影響で、被保険者数が見込みより約一万人も少なく、そのため保険料が二三二億円も減収になったこと、また不況による倒産などで保険料の収納率が落ちたこと、さらに医療費の増大、などがあげられている。

だが、大切なことは、依然として保険の利用者が多いということ、つまり医者にかかる病人が減少していない、ということである。厚生省は、具体的には老人の医療費を無料化したから老人の受療が増え、そのために赤字が増えた、としきりに強調し、そして健保改悪と併行して、老人

医療費の無料化を前にもどそうと図っている。

一体政府は、老人医療費を無料化したのは、病人の多い老人の医療費を軽減し、老人の生活を少しでも安定したものにしようという福祉充実の立場でなされたものではなかったのか。それを保険財政が赤字になったから、といってまっ先に老人に冷遇のほこ先をむけようとするのは、多年にわたって社会に貢献してきた老人にたいする非情な措置といわなければならぬだろう。

そうでなくても日本の老人の老後の生活は安定していない。「敬老の日」に行なわれた調査をみても、外国の老人は、六〇歳、七〇歳代で就労しているのは、わずかに一〇%台なのに、日本の六五歳以上の老人では四三%の人が、まだ働らいて収入を得ているのである。しかも、その収入は、年額二〇〇万円以下が、全体の七五%という状態である（総理府・高齢者就労調査）。

働いていない人は、生活に余裕があるというよりむしろ、かなりの高齢か、病気で働けない、というのが実態である。

なお、今回の改悪案の背景には、きわめて大きな特色があることを見落すことができない。

その一つは、財政制度審議会（大蔵大臣の審問機関）のつよい支えをうけた大蔵省主簿型の改悪案であること、その内容の全ぼうを示して、そのうちできることのすべてをやるべきだということ、かつてない強硬な態度で具体的な作業がすすめられたことである。

財政制度審議会で提案したのは、①標準報酬の上・下限を改訂（引上げ）すること。②保険料率を当法定きりぎりの千分の八〇まで引上げること。③特別保険料（ボーナスなど総報酬か

ら)を徴収すること。④高額医療費の自己負担を大市に引上げること。⑤初診料を増額すること。⑥入院時の一部負担を引上げること。⑦再診料を徴収すること。⑧一剤ごとに薬剤費の一部負担を徴収すること。⑨本人、一〇〇〇円以下の医療費は保険で認めないこと(足切り)。⑩入院時の食費負担を新設する、というものであった。

しかしこれらをみて直ちに気がつくのは、この諸案が、遠く一九六七年に、「厚生省事務局試案」としてだしてきた、医療保険の「抜本改革」案と基本的の内容を同じくしている点である。

いかえれば、今後も、この諸点を執ように押しだしてくるだろうということである。そうしておいて、いまでもあがっている老人医療費の無料存続運動をはじめ、乳幼児医療費の無料化、障害者医療費の無料化運動などを押し返そうという意図をふくんでいるということである。

そもそも、医療保険の抜本「改正」と銘打って一九六七年にだされたときの大綱は、①自己負担の増額(初診料の増額、再診料の新設、入院時一部負担の増額、入院時食費負担の新設、薬代の一部負担)、②保険料の引上げ(診療報酬の上・下限の引上げ、保険料率の引上げ)、③引上げについての厚生大臣の自由裁量制の実施、④療養費払い制の採用、⑤総報酬制の採用、⑥保険間の統合調整、などであった。

したがって、この基本的な態度と、今回だされた総ざらい案をみていえることは、その「初志貫徹」の「ねばりづよさ」である。そしてもう一ついえることは、六七年以来この原則をふまえていくたびか国会に提起し、ときとして譲歩しながら、次回に期したという戦術である。この戦

術をすすめた結果は、少しづつ予定の計画を実現させているということである。たとえば、標準報酬の上・下限の引上げをみても、上限二〇万円が、三三万円までに上ったということ、保険料率も、一〇〇〇分の七八まで引上げられ、また、一〇〇〇分の八〇までという条件つきであったも、厚生大臣の自由裁量制が認められたこと、さらに、療養費払いを、高額医療費の自己負担の中ではあるが、とにかく実現したということ、などである。いまや完全に残っているのは、統合調整だけだ、といえよう（一九七八年二月一日から保険料率はついに一〇〇〇分の八〇になった）。

その点では運動体が、改悪案がでてくれればそれを防ぐ、というややや守勢に立ち、要求でたたかい、要求で押し返していくという運動の原則を、たたかいの中でかき消され、おくれをとってしまった、ということである（一九七七年の臨時国会で、反対運動は及ばず、一九七八年一月一日より初診料は二〇〇円から六〇〇円に、入院時一部負担は一ヵ月六〇円から二〇〇円に、ボーナスからの保険料〇・七五%徴収などと改悪された。なお「見返り」として傷病手当金は一年半に延長されることになった）。

ともあれ、このままでいくと、「抜本改悪」は徐々に完成し、保険はあっても、十分な医療はうけられない、ということになってしまいうだろう。

そしてこのことを許してしまうなら、せつかく一歩一歩運動によって築いてきた公費負担医療も、具体的に中身の骨抜きがはじまり、も早、公費負担医療とはいいたい内容に後退していく

ことは、火をみるより明らかである。

厚生大臣は、一九七八年度中に医療保険を抜本的に改正すると、国会内外で言明しているが、なにが抜本的に改正されるかは、いままでの経過からして推測できよう。

四 拡大する差額徴収

保険外負担という名目で徴収がつけられている差額徴収の領域とその額は、日ましに拡大されている。

医療費が払えないため、病気を隠して倒れるまで働らくという人は多い。低所得者層ほど病気が重く、治癒率が低く、そして死亡率が高いというのはそのためである。

前にも出した総評の「医療実態調査」によると、「三万円の医療費と一万円のその他の費用に主人の遺産をあてている。」「いまのところ蓄えでまかなっているが、いずれは田畑を手放すことになる」「病人の私には、いろいろいわないが、月五、六万円の医療費のために主人はおそらく借金しているだろう。家庭生活の危機もさげられないであろうことは目に見えている。」など事態はきわめて深刻である。

前出、日患同盟の「医療内容と看護内容の実態調査」の中でも、入院すると家族の生活が苦しくなるため入院をおくらせ、そのために病状を悪くしたという人が、調査対象の二八%、三・五人に一人いる、という結果がでている。

こうした医療費と、それに付随する生活の悩みにいっそう拍車をかけ、病人とその家庭の不安をますます深刻にしているのが差額徴収である。

一般的に差額徴収というと、ベッド代というように考えられがちだが、これでは現在の医療問題を本質的に理解することにはならない。

差額徴収というのは、トイレットペーパーからガス、電気代、テレビの視聴料、暖房料、補食費、そして付添費の差額など本来は治療の一環として当然保険でみるべきすべての自己負担をさすのである。

日患同盟の差額徴収の調査によると、調査対象の八〇%の医療機関がなんらかの差額を患者から徴収している。

これらの医療機関は、日患同盟の分会があり、たえず生活改善の運動が行なわれている医療機関である。そこでなんらかの差額徴収を行なっているのであるから、運動のないところで、入院代を一日一〇〇円も徴収したり、注射代を一五〇〇円徴収したり、ところによっては、生活保護で入院している患者からまで「協力費」という名目で、高額な差額徴収をとっている状態は、たんに、「行きすぎだ」といって黙っていられる問題ではない。

重大なことは、こうした差額徴収の延長線上で、差別医療が進行していることである。

差別医療は、生活保護から健康保険へ、というかたちですすんでいる。その顕著な例が、いまキャンベーンされている歯科医療の問題である。

行政管理庁の報告によれば、全国平均で約四五%の歯科医が、手つづきの複雑さを理由にして生活保護の指定医療機関を返上している。そういうところではおそらく健康保険の被保険者にしたとしても、「保険ではいい治療はできない」という図式で自己負担を要求していることであろう。これは歯科だけではない。東京の杏林医科大学で、生活保護指定医療機関の辞退さわぎがあったが、「生活保護患者おことわり」傾向は、久しい前から進行していたのである。

しかも驚ろくべきことは、現在四九ある国立医科大学の付属病院の三分の二が、生活保護患者を受けつけていない、ということである。ただし「学用患者」なら引受ける、というのは一体どういうことだろうか。

国の直営ともいべき国立の大病院で、そういう差別医療が行なわれているのであるから、この傾向が末ひろがりには当然といえは当然であろう。

このことは、「もうけの対象にならないから診療しない」「研究の対象にならないから診療しない」というようにもとれる。それはまた、「金がなければ医者にかかれぬ」ということであり、「命さし上げます」という学用患者以外は、貧困者を完全に医療からしめだす結果を招いていくのである。

この現象は、健康保険をもつ人たちにとっても決して対岸の火災ではない。歯科医療にみられるように、健康保険もいまま同じ宿命をおわされようとしているのだ。さらにそれを発展させようとしているのが、日本医師会の動向、つまり保険医にも自由診療を行なう権利がある、という考

え方である。

日本の場合、保険医は申請—認可制であるから、自由に辞退できるようになっており、たしかに自由診療は違法ではない。しかし問題は、現在の保険診療の報酬が低いということで、それに反抗して自由診療をやるうというのであるから、そのまま拡大されれば保険制度は破壊されることになる。このような矛盾は、皆保険制度出発のとき、すでに問題になっていたことではあるが、その矛盾を、このような解決方法に頼ろうとするなら、まさに国民不在、患者不在の行為と非難されても止むを得ないであろう。

もし保険医が、現在名古屋市医師会などがやっている勤労者のための、夜六時から八時までの診療時間を、自由診療にしたらどうなるか。勤労者は休んで医者にかかるか、休まないとするれば保険があっても自己負担しなければ医者にかかれない、ということになる。歯科は、すでに生保から健保へと自由診療を移行しているが、その健康保険も、多額の自己負担で有名無実化しつつある。金のあるなしで診療内容が決まる。これが差別医療でなくてなんであろうか。

こうした差別医療の公然たる浮上によって、医療権じゅうりんの動きはますます活発になってきているのである。

五 私的医療保険

毎年のように健康保険が改悪され、だんだんその役割りが縮小するなかで、逆に差額徴収がひ

ろがるので、病気になるたときの医療費負担の問題は、病人ならずとも国民すべてに共通した関心事である。

たとえば「第一生命」の調査「病氣別入院日数と自己負担額」によると（この調査は、第一生命が、「最近一年間に入院経験者を有する世帯の主婦三〇〇人に面接して」まとめたものである）、がんでは、四七・五日の入院で二四〇・五万円、脳血管障害では、一三六・一日の入院で五三九・二万円、高血圧では六三・七日の入院で一五六・四万円、糖尿病では四〇・二日の入院で一五〇万円の自己負担が必要だった、という結果がでている。

一日あたりに換算してみると、ガンでは、約五〇〇〇円、脳血管障害では四〇〇〇円ということになる。

これでは日頃の貯金もあつという間になくなってしまふ。「その日のために〇〇保険を」などという保険会社の広告が、救世主のように目に映るのも理解できるような気がする。

生命保険会社にとってこの種の調査結果は、好個の市場開拓の資料となる。したがって、国民が医療費に困れば困るほど有利だとばかりに、ひとりほくそ笑み、わが世の春を謳歌しているのが、私的医療保険（成人病保険）である。

いまやこうした企画にとりくみ、商品を売らだしている生命保険会社は、一〇社をこえた。

わが国では、入院特約など、ふつうの生命保険に付随的に加えた保険商品は、いままでにもあるにはあった。しかし、公的医療保険につきものの保険外自己負担の的をしぼり、単独保険とし

て急速に普及の傾向を生みだしたのは、外資系アメリカンファミリー社の「がん保険」の登場と、その普及率の高さに刺激されてからである。

「がん保険」が日本に上陸したのは、一九七四年一月であった。当時日本の保険会社は、「日本人は貯蓄性がつよく、かけ捨て保険はなじまない。支店網や外務員を持たない外資系会社の商品は、売れても知れている」と楽観していたそうである。しかし現実には病人の激増、とりわけ成人病等の慢性疾患の増加→医療保障の貧困、という悪循環が国民の不安を増大させ、掛け捨てでも万一のとき、一応役に立つ「がん保険」への関心を押し上げていった。

公的医療保険のないアメリカでの体験を生かし、デパートから団地新聞、ガソリンスタンドまでも利用し、申込みも簡単という派手なアメリカ商法、また情報を確かにするため、東京支社長に、厚生省の元高級官僚を据えるなどの才覚も、「成功」の要因になっていることはいうまでもない。その点では、アメリカの保険会社の方が一枚上であった。

もちろんそれは、アメリカの医療事情にも関係がある。アメリカの医療は自由診療が原則で、老人・低所得者のみ適用される公的な医療保障がある。連邦政府が運営し、六五歳以上の老人に適用するメディケア制度と、州政府が連邦政府の援助をうけて患者に代わって医療費を支払うメディケイド制度である。いずれも一九六六年に発足し、きびしい所得制限と、給付制限がある（『世界の医療』日本放送出版協会）。

それはともかくとして、おくれればせとはいえ、日本の各種生命保険会社が、販売合戦につきつ

ぎに名乗りをあげ参加してきたのは、日本の健康保険があまり役に立たなくなり、医療にほう大な自己負担が要るようになってきたという需要、つまり豊かな市場がそこにあるからである。

東京のがん研究会附属病院の事務所の中に「がん保険」の代理店が設けられているが、神経が太いというのか、ずうずうしいというのか、その商魂には呆れはてるほかない。

私的医療保険の内容はさまざまである。だいたい対象となる病気は悪性新生物（がん）、糖尿病、心臓疾患、高血圧性疾患、脳卒中などの五大成人病である。

給付は、一日の最高額が四万円。継続して二〇日以上入院していることが条件で、保険金が給付される期間は一回の入院で一八〇日まで。一度退院してから病気が再発、または他の成人病にかかって入院すればまた給付が受けられる。ただし通算して七〇〇日が限度というところもある。その他、手術一回について入院給付日額の二〇倍または四〇倍の看護給付をだすところもある。

しかし、掛け捨ての「がん保険」は別として、ほとんどが養老保険とか、定期つき養老保険など他に保険に入っているか、あるいは新たに養老保険に加入するかなど、主契約に付属する形式をとっている。

そのようなところでの掛け金は一日一万円の給付をうけようとする、月額一五〇〇円前後（掛け捨て）が主契約に上積みされる。二万円の給付を希望すれば掛け金は二倍になる仕組みである。給付の内容をみると、たしかに「魅力的」なものを備えてはいる。だが本質的には前述のように「掛け捨て」「抱き合わせ」「団体加入」が貫かれている。

いうまでもなく保険会社は、国民から低利で零細な掛け金をあづかり、その金をこんどは高利で貸したり、各種の事業を經營したり、要するに国民の金で營利を追及する金融資本である。新宿駅前の巨大ビルが、生命保険会社の所有であることは營利のはばの大きさを物語って余りがあるだろう。

大蔵省の調査によれば、現在一二〇〇万人以上の国民がこの種の私的医療保険に加入しているという。約九人に一人の割合である。厚生省の「国民健康調査」の結果では有病率も九人に一人の割合である。「奇妙な一致」だといって、驚ろいてばかりもいられない。

「病気になるたときの備えに」という甘い呟きの前に、まず日本の医療保障の貧困について考へるべきであろう。そしてこの種保険の進出に、大蔵省が指導力を發揮していることと、その進出をはかる魂胆が国の医療費支出の削減縮小につながっていることを認識しなければなるまい。

老人医療費の有料化問題などは、その延長線上のもの、もっともきわだった特徴である。私的医療保険が、日本の貧困な医療保障をさらに後退させ、勤労国民の自前による準「公的」医療保険に発展しなければ幸いであるが、逆の公算の方が、いまや大きくなっていることを指摘しなければならぬ。

六 業と患者

戦前・戦後の患者の処遇に相違点があるとすれば、患者を食いものにする産業資本が、情報化

時代にふさわしく露骨に展開されていることもその一つであろう。

患者の激増によって、一九七六年度の推計でも国民の総医療費は七兆円を超え（七八年度には一〇兆円をこえるだろうと推定されている）、その老大な額は国家予算の約三分の一に迫ろうとしている（一九七六年度の国家予算は二四兆円）。この老大な金額の動向に、利潤触覚のするどい資本が無関心でいるはずはない。

具体的には、急速にふえた病人を対象として、病人の心理—不安につけいって、食べものたるかゝる蠅のように、にんにくとか、しいたけ、近くは紅茶きのなどを題材にした「〇〇健康法」的な出版産業、私的医療保険にみられる保険産業、各種医療器械を生産する医療産業、そして総医療費の四割をこえる薬剤費に集中する製薬産業などが、利潤追及に乗りだしていることである。中でも製薬会社の発展はめざましいものがある。

現在日本には、二〇〇〇社とも二四〇〇社ともいわれる製薬会社が存在し、そこで四万品目という老大な量の薬が製造されている。

自然販売競争も派手にくりひろげられ、そのプロパーと呼ばれる宣伝員の多くは、医師をゴルフ、マージャンに誘い、誕生日は忘れずに贈り物をし、学会があればメッセンジャーよろしくホテルの予約も行ない、ときとして医者や家族まで海外旅行に招待するほどの活躍ぶりである。

それというのも自社の製品を売るためである。製造方法さえ違えば許可されるというので、薬によっては成分の全く同じもので名称だけ違うのが五〇種類もあるという。

一体こうした薬屋の乱立、薬の乱造・乱売が行なわれるのはなぜだろうか。いうまでもなく、そこに薬を必要とする患者がいるからである。

製薬会社にとっては、一〇年に二倍という大量の増えかたをしている患者群は、この上もない「宝の山」であり、市場でもある。国民皆保険、老人医療費の無料制度が、それを側面から支えてきた。

毎年「国民健康調査」の結果は、たんに病人が増えつづけているという製薬会社にとっての「朗報」だけでなく、薬を持続的に必要とする、いや必要とさせられている高齢者層、慢性疾患の患者が多い、という点であった。

厚生省の調べによると、産業界の大半が不況の底であえいでいるのをよそに、わが国の医薬品産業の生産高は、一九七五年度一年間で、前年度の三〇%増の約一兆八〇〇〇億円に達する見通しで、薬品業界念願の二兆円台に乗るのは時間の問題だといっているのである。

過去の医薬品生産の推移は、一九五五年二〇九億、六五年一七六〇億、六五年四五七六億、七〇年一兆二五〇億円であるから、二〇年間に、実に八〇倍に増加したことになるのである。

厚生省によれば、この業界にとって笑いのとまらない消費の増は、一九七三年から国が七〇歳以上の老人医療の無料化にふみきったこと、また地方自治体でも六五歳〜六八歳以上を無料化する動きがひろがって需要のびたからだと指摘している。要するに医療費の負担が重くて医者に行けなかったお年寄りが、無料化によって医者通いをするようになり、医薬品の消費を増やした、

というのである。

ここで医者との関係がでてくる。たしかに、医薬品生産高の八割が医者向けであるから、医者の使用が増えていることも事実だろう。問題は必要な薬を適切に使っているか、それとも過剰投与をしているかである。新聞にはしばしばその後者がとりあげられてきた。

たとえば、朝日新聞の投書欄に、「セキがひどくなり、体がだるいと思っていると、三七度五分からさらに三八度、三九度近くもの発熱で、いつも子供たちの行きつけの医院でみていただきました。『インフルエンザのようなもの』とのことで、注射が二本うたれ、帰りに受けとったくすりは、なんと九種類、うがいぐすり、食後にのむ水薬、錠剤、散薬三種、一日四回のくすりが三種。

まったく食欲もないまま、ミカン一個ぐらいたべては食後のくすりを何種類ものみ、六時間おきにとってはまた何種類ものむ。三日目に熱が引いてくるにつれ、おそろしくなり、食欲がないままにくすりはしまいで休養と、自然回復を待ちました。」と、風邪の治療に注射二本と九種類の薬をのまされて驚ろいたこの人は、さらに「いつごろからこんなに大量のくすりをのまされるようになったのでしょうか。人間の体自体がそう急激に変化したはずはなし、科(医学)の発達が、これほどのものを必要とするようになったということ、信じられない思いなのです。しろうとの私には、このことに反論する何の科学的な根拠もありません。が、利益追求におわれる医療産業と、医学界(医師会)の癒着によるものでなければいいが、という、かすかなお

それとともに、医師の方からのご意見をお聞かせいただきたいと思います。」と、疑問を提起している（一九七五年二月二四日）。

かなり遠慮ぶかい意見であるが、前述のように乱造・乱売は確実に医薬品業界と医者を構造的に癒着させる。有名な医薬品にからんだ岐阜市民病院の汚職、東京のがんセンターの汚職は設けられた終着点といえよう。

一九七四年一二月、厚生省は、外資系の製薬メーカー「日本ルセル社」にたいして、医薬品の「添付販売」をしていたとして、同社製品五品目を三ヶ月間保険診療から除外するという処分を行った。

製薬メーカーが病院や医師に医薬品を売りこむときにおまけをつける、いわゆる「添付販売」は、一九七〇年に禁止になっていたが、こうした処分ははじめてのことである。プロバターの引き抜き戦まである、競争のはげしい製薬業界では、このような行為は、どこでも半ば公然と行なわれていることで、処分をうけた会社の運が悪かったのだらうと、同情されるほどである。

このような結果が、心ない医者への過剰投薬を促がし、既述の投書のように、患者を不安におとしいれるのである。

それだけならともかく、二〇年間八〇倍という生産の伸びの中でサリドマイド、スモン、コラルジル、クロロキンなどの薬害も多発している。ごく最近では大腿四頭筋短縮症、抗糖尿病剤による副作用等々と、薬害はあとを絶たない。そのほかにも、医師の薬剤使用の不適切によってお

こる医事裁判（たとえばストマイ難聴訴訟）もふえつつづけている。

これらのよってくるところのルーツは、治療偏重、薬剤偏重の日本の医学・医療にひそんでいるのである。よく知られているように、日本での、予防といえはワクチン主義である、という一例をみても、そこに薬剤偏重の姿をみることができ。

こうした人間不在、患者不在の医学教育・医療思想と、その構造をこそ、まず指摘しなければならぬであろう。その同一線上で責められるのは、いうまでもなく製薬独占をある意味では野放しにしている国の政策である。

かつて、保険局長であった戸沢某が、製薬会社の新製品（それもあとで問題になった製品である）の祝賀会に、執務時間中に出席して祝辞をのべた、という事件があり、新聞などでも批判をうけたことがあった。これこそ、製薬会社と厚生官僚の癒着ぶりを示した象徴である。

病気を生産させられ、病気になったら放りだされるか、薬づけにあり、そして治療の過程ではさらに重い病気を副作用という形で背負わされる。今日日本の、患者を不幸におとしられている背景を、この点からもきびしく批判しないわけにはいかない。

第三章 医療政策の底流をなすもの

一 疾病の自己責任原理と低医療費政策

医療の荒廃は、複雑な要素をもつので一言でその原因を指摘するのは問題が残るが、その政策面での底流をなすのは、明らかに医療にたいする財政的保障を合理化し、財政的負担の軽減もしくは負担を回避しようとする「低医療費政策」であり、その根ざす思想は、それを糊塗するため確立させようとする「疾病の自己責任原理」である。

病院経営一つとりあげても、技術評価の少ない低診療報酬では医療従事者の安定した確保はできないし、高い医療器具を備えつけようとすれば採算がとれない。そこで医療機関の営利化がおこり、人権無視の労働強化、医療費の患者負担の増強という図式的な結果をまねいていくのである。

これは公共的性格をもつ医療機関を助成して、患者の利益を守ろうとする姿勢が国・政府になりからである。

医療保険についてもそうである。健康が破壊され患者が増えていくため、保険使用の多い政府管掌健康保険や日雇健康保険、国民健康保険などの財源がパンク寸前までに赤字がかさなってい

く。そして赤字対策は反射的に自己負担増、保険料率の引上げと、ほぼきまったコースをたどる。金持ち入院、貧乏人疎外のアメリカ医療の傾向とほぼ同じ道を歩みだしている。

教育についても同じことである。公共投資を怠ったり、国立医大を建設しない、という政策をついて、「企業」としての私立医大がぞくぞく誕生した。金のある子弟でないところには入学できない。だから「企業」もその懐ろに目をつけ、入学金や寄附金の額をつり上げる。やがてさまざまな不正が発生する、という因果関係である。

いずれも医療について、相対的に国の財政的支出が少ない結果の現象である。

「疾病の自己責任原理」は、こうして「低医療費政策」をカバーする役目を担って登場するのである。

もともと「低医療費政策」とは「受益者負担政策」である。

いいかえれば「低医療費政策」は、「受益者負担」の分身であり、また「受益者負担の原則」は、日本の社会保障全体の政策思想でもある。

利益をうけるものが負担する、という「受益者負担」の考え方は、明らかに国の責任回避である。同時に、「保険主義」、あるいは相互扶助精神を指向したものでもある。

まさに「国家への忠誠」と、そのために国民の連帯を説く「福祉国家論」の展開である。

ここでは生存権を保障した日本国憲法第二五条第一項「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」の権利性は完全に否定され、「国はすべての生活部面について、

社会福祉、社会保障、及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」という憲法第二十五条第二項の、国（政府）の義務も無視される。

こうして歴史の逆行である「差別医療」の問題も派生してくる。

いまから三〇年前の一九四八年に、国際連合で採択された世界人権宣言第二五条には、つぎのように書かれている。

「何人も、自己および家族の健康と福利とのために、衣食住、医療および必要な社会厚生施設を含む十分な生活水準を保持する権利を有し、かつ、失業、疾病、不具、配偶者の喪失、老齢、あるいは不可抗力による生活不能の場合に、保障を受ける権利を有する。母と子は、特別の保護と援助を受ける権利を有する。すべての児童は、嫡出であると否とを問わず、同一の社会的保護を享有する。」

右の「世界人権宣言」は、人間抑圧の歴史を閉じた文明の勝利をうたったものであり、世界人民の、最低の合意でもあった。日本がとり残されていいはずはない。

だが残念ながら日本の場合、勤労国民の幸福はつねに政治・経済方針に従属させられてきた。「高度経済成長」時代は、福祉なくして発展なし、といって成長経済に福祉は利用され、「高度経済成長政策」の破たん、「減速経済」時代になると、一転して発展なくして福祉なし、と「発想」の転換が行なわれた。実際には不況の時代ほど失業者の増大、低所得者および年金生活者の生活困窮等々と、福祉の充実がたよく実行されるべきである。しかし現実には、今日おこっている

る財政危機―財政硬直化は福祉をやりすぎたからおこったものである、という「大義名分」のもと、福祉見直し論がふりかざされ、その名のもとに老人、障害者、病人等積極的必要者が切り捨ての積極的対象者となっているのである。

わが国で、国の政治・経済方針に“人間”を従属させる、という考え方が定着していくのは、封建制が崩壊して、資本制が発足するとともにすすみ、絶対的天皇制の確立によって形成されてきた。

敗戦によって“人間”が解放され、貧困の社会性と人権が一応確認されるが、アメリカ占領軍の指導のもとに、日本の独占資本主義と軍国主義は完全に復活し、諸外国に例をみない速度でその復活がすすんだ。復活の側面はいうまでもなく、労働者をはじめ勤労国民の生活と健康の犠牲によるものであった。つまり、政治・経済への、“人間”の従属である。

それは、いわば資本制の、避けてとおれない論理である。

このような日本の社会が、患者をどう処遇してきたかを、戦前戦後に分けて考えてみると、その理念の一貫性をはっきりしてくる。戦前は健民健兵政策、殖産興業政策を基準として病人をふるいにかけてきた。

そして敗戦後は、経済復興、高度経済成長政策のための労働力確保政策として、老人、障害者とともにふるいにかけて、近代的仮面である「健康管理」、「合理化」の名によって差別・選別してきた。

戦前から敗戦後に引きつがれ、今日まで一貫しているのは、患者が人間としての尊厳を奪われている、ということである。

「また実際に、「疾病の自己責任原理」を浮きぼりにした自民党政府の「医療基本法」が準備されたしたのは、資本の利潤追及が着々とすすみ、併行して大量に患者がつくられた一九六五年ごろからである。

医療保険の抜本改訂と銘うち、「厚生省事務局試案」をうけて作文された「医療政策大綱」も、同じ発想から生れていることを見すごすことはできない。

いふなれば「医療基本法―疾病の自己責任原理」は、疾病の社会性を隠蔽し、企業の責任、政治の責任を隠すための策略的意図によってつくられたものといえよう。

その証拠は、作文の中でも「疾病の自己責任原理」は強調されても、疾病の社会性や、公害については、何ら責任の所在を明確にしていけないことによっても明らかである。

二 国の予算にみる低医療費政策

ところで国家予算の中に医療費は、どの程度組みこまれているのだろうか。

一九七六年度の国家予算は二四兆二九〇〇億円であった。そのなかに占める厚生省予算は一八％、四兆七〇〇〇億円で、そのうち約二兆三〇〇〇億円が医療費である。これは五一年度の推計国民総医療費の四分の一で、厚生省予算の二分の一、国家予算全体の約八・七％程度である。

約二兆三〇〇〇億円の医療費予算の筆頭は、ちょうどその半分にあたる国民健康保険の一兆一〇〇〇億円で、以下生活保護医療扶助、政府管掌健康保険国庫補助、老人医療費助成、措置入院費（精神）、結核対策費、ハ氏病医療費、日雇健康保険助成費、児童保護のための育成・養育医療費、とつづいてゐる。

非常に機械的な仮説を立ててみたい。つまり、現在は国民九人に一人が病人であるが、一〇年前は二〇人に一人の割であった。もし現在の状態を一〇年前にもどすことができたらどうなるか、というものである。当然医療費は約半分の一兆円程度ですむことになる。

そこでこの一兆円を、厚生省予算の福祉関係費に分配する。そうするとそれぞれ最低五〇％は増額されることになる。福祉年金は現在の一万五〇〇〇円はたちまち二万三〇〇〇円に、生活保護費は、四大家族約一〇万円が一五万円に増額されることになる。いくつかの革新政党が主張する額である。最初のことだったように、これはあくまで機械的なまさに算術的な考えにすぎない。

もちろん病人が減る、ということは経済的なメリットだけにとどまるものではない。健康は何ものにも代えがたい人生の宝である。正常な社会発展の基礎であるその諸要素をふくめて、人間社会に前向きに寄与されることはいくらでもない。

それにしても、国民の健康にかかわる予算が少なすぎる。あれだけさわがれている難病対策費が、わずか九億円である。

国家予算に占める額が少ないのは医療費だけではない。日本の場合社会保障全体の額が少なく、国際的水準からくらべてほぼ三分の一という立ち遅れである。

保守的な政治家や学者の一部には、日本の社会福祉、社会保障が立ち遅れているのは、敗戦後からとり組みだした、という日本独特の国情があるからだ、と強調し正当化するが、日本の事情が、本当に社会福祉、社会保障に力を入れられないほど、財政的に余裕がなかったのだろうか。ここに重要な矛盾がある。

わが国の防衛予算を調べてみると、この一五年間で一〇兆円、という莫大な金額が消費されてきた。一九五〇年に自衛隊（当時は警察予備隊とよばれていた）が作られてから毎年一〇％平均で着実に予算は増えてきた。外国の伸び率は平均二・六％である。日本の防衛費の伸び率は、実に外国の四倍という早い速度ですすみ、その防衛力も、極東では最高だといわれるほど成長しているのだ。

したがって、国の事情、つまり「財源がないので社会福祉、社会保障に力をいれられなかった」という事情はまったく成立しない。ついでながら、第五次防衛計画に組みこまれる予算は一兆をこえ、一九七七年度から発足した。一二兆円というと、一九七七年度の国家予算の約半分にあたる。

国家予算の半分も金をつぎこんで、一体誰のための防衛計画なのか、という質問はさておき、その金を社会保障、医療保障にまわしたらどうだろうか、を考えてみたいのである。そうすれば

少くとも、財政的拘束をうけている部分だけでも、日本の医療は荒廃からくぐり抜ける道を発見するのではないだろうか。これはまさに現実的な課題である。

朝日訴訟の第一審で、勝利の判決を下した浅沼裁判長は、その判決の中で次のようにのべている。

「健康で文化的な生活は、予算の有無によって左右されるのではなく、むしろ予算を指導、支配しなければならぬ」と。しかしこの一九六〇年の判決に明示されている教訓は、大資本優遇に傾斜する日本の為政者の耳にはとどいていない。

三 打開の道を考える

医療荒廃の打開の道は、あたり前のことであるが荒廃の根源を断つことからはじめるべきである。

患者の立場からいえば、政府が国民の健康破壊の状態に危機感を持ち、健康の回復と病気の予防の徹底をはかる、ということに急務と考え、そこに政治の使命を見いだすことである。

厚生省が、一九七八年度予算の概算要求の重点にすえているのは、国民の健康づくりの推進のための疾病予防、健康増進対策、医薬品の安全確保、救急医療はじめ保健医療施設の拡充である。

具体的には地域ごとに母子、中高年齢者、老人など、年齢階層別に体系的な健康づくりをすすめるため、推進基盤として各市町村に保健センターを一〇ヵ年計画で整備し来年度は一二六〇ヵ

所を新設する、というものである。

大蔵省が査定するまでは、実現の行方はわからないが、それにしても表面的には結構というほかはない。

ただ問題は、すでに「国民医療費がいまや九兆円に近づいてきたので、病気の予防などに力をいれることによって、その伸びを抑えようとするねらいがあるのかもしれない」（『朝日新聞』一九七七年八月二十九日「今日の問題」）などと評論されているように、国民の健康問題より経済的観点がこの発想源になったということである。一応それは許されるとしても、大切なことは、医療の基本政策との関係や、国民の健康破壊の原因を見落としては困るということである。たとえば、毎年の、有病率の上昇のとらえ方一つみても、「国民皆保険制度が発効してから、医療機関にかりやすくなったことが、病気の早期治療を助け、平均寿命を伸ばす方向に作用し、そのことが、同時に有病率を高めてきた」という考え方をする傾向がよい。

それはそれで、一つの側面にはちがいがいいが、すでに「建設白書」などでも認めているように、病気の主要な原因を見極めないようでは、そしてその根本対策と、条件整備を確立しなければ、いくら保健センターをつくっても、仏つくって魂入れずで効果は上らないだろう。

第二には、健康破壊の責任の所在を明確にしその原因を排除していくとともに、いままでの「低医療費政策」を、正常な「医療政策」に転換することである。特に当面は、情勢からいって、予防・治療・救急・後保護の体系的な供給体制の確立に、全力をあげてとりくむべきである。

なお有病率の調査をみても明らかのように、アレルギー疾患、先天異常、精神障害、その他特定疾患など、これからもふえつづけるであろう根治のむつかしい病気がたくさんある。

これらの疾病に関する調査機関、研究機関、その附属病院の設置などは、相当の意気ごみと、その裏づけになる予算が保障されないと、究明は既定の難病対策以上にはすすまないであろう。

そのためには、巨額を投じている不用不急の軍備費などは、国家予算編成方針の中でも当然あ
とまわしにすべきである。

第三には、供給体制の確立同様、医療保障の確立をはかるべきである。公費医療を拡大し、医療保険はILO一三〇号条約（七、八、九条）でいう「医療の範囲」を、疾病の予防やリハビリテーションをふくむものとし、医療費の重圧と不安、差額徴収の悩みから患者を一日も早く解放すべきである。

特に医療保険の改悪作業はすすむが、健康診断や後保護への適用は、ほとんど棚上げされたままである。

第四には、保健思想の徹底である。

政府が、この秋、各新聞に「公報」として掲載した「健康増進普及運動」の標語をみると、まるで歌でもうたっているような安易さが感じられてならない。そこには次のようなことが書かれていた。「食事は栄養のバランスを考えて、バラエティ豊かに。また野菜も忘れずにタップリと。」「運動として毎日二〇分は歩きたいもの。朝夕の軽く汗ばむ程度の運動も効果的です。」

「休養面ではなんとといっても早寝、早起き。疲れを翌日に持ち越さないことが大切です。」とある。

新聞にだすのだからこんなもの以外に考えられなかったというなら、政策面で、なぜ以上のよ
うな「よびかけ」に勤労者は日常的に応じられないのかなど、衣、食、住、労働等々の生活の根
本にふれた方針がみたいものである。

たとえばソ連の、「ソ連および連邦構成共和国保健基本法」にみられる「住民の健康を守るこ
とはすべての国家機関、企業、施設および団体の義務である。」「ソ連の市民は、自分の健康と社
会の他の成員の健康に深く留意しなければならない」というような、文字どおり基本的に国、企
業の責任を明確にしながら、市民の自覚と創意を、物質的保障と結合してたかめていくべきであ
る。ちなみに、ソ連の新憲法第四二条にはつぎのように書かれている。「ソ連邦市民は健康保険
の権利を持つ。この権利は国家保健機関が与える無料の適格な医療、市民の治療および健康増進
のための施設網の拡大、保安技術と産業衛生の発展と改善、広汎な予防対策の実施、環境の健全
化対策、教育ならびに労働教育とは関連のない児童労働の禁止も含めた、成長する世代の健康に
ついての特別の配慮、病気を予防し罹病率を低下させ、市民の長期の積極的生活を保障すること
を目的とした科学的研究の展開によって保障される」と。

わが国でも、先に岩手県の沢内村が模範を示したところであるが、地域医療の確立を果たしつ
つある地域では、少なからず住民の保健が守られ、反射的に経費も軽減している。卓近な例とし

ては、長野県八千穂村の例にみるように、村が全村民の健康管理を徹底したため、村民一人当りの医療費が、他町村の年平均五万円とくらべて著るしく低い三万三〇〇〇円となったという実績が教えるように、健康であれば財政負担も軽減する。また病人が少なくなれば、再三強調するように、医療従事者も相対的に労働が軽減し、激務から解放され、良い医療、良い看護が行なえる。医療機関も営利にはしることなく、また、「企業」的医科大学の建設や、不正入試などのいまわしい問題も未然にふせげるのではないか。これらを保障するのは、あらためて指摘するまでもなく、人間尊重の政治への転換がはからなければならないことである。

さて第五には、国民の手による健康な肉体づくりのためのすべての環境づくりと、その運動の問題である。

労働組合運動の中での労働者の自覚と、健康を守る方針の位置づけ、住民運動、市民運動の中での健康問題に関する住民の自主的な意識の向上と運動の前進である。特に、労働者の企業意識からの脱却と企業による「健康管理」の本質の理解、消費者運動など市民運動の中での現象対応主義傾向からの脱却は、検討課題である。

とりわけ諸運動の中でも、医療の担い手である医療労働者の運動、被害者である患者の運動の前進は特に注目され、また期待されている運動といわねばならない。それは、敗戦直後から今日までの、けわしい運動のみちのりと、その運動が残した普遍的な成果が、大きな教訓として残っているからである。

第二部 患者運動

第一章 患者運動の生いたち

「患者が運動をする」ということは、本来は不思議なことの一つである。

しかし日本には、現実には患者運動が存在しているし、「患者運動」という言葉も、いまでは不自然でなく通用している。ということは、患者運動が一定の、市民権を得たということになる。

患者運動が市民権を得た、ということは、それなりの歴史があり、その歴史を綴った業績が評価されている、ということであろう。たしかに、敗戦後三〇年の患者運動の歴史はずっしりと厚く、そして重い。

だからこそ問いが返ってくる。

世界のどの国にもない「患者運動」がなぜ日本だけに発生したのか。

日本の特殊性とは何か。

そしてこの運動のもたらす社会的意義とは一体何なのか、と。

一 戦前にもあった患者運動

世界でもめずらしい、といわれる日本の患者運動は、敗戦後、療養所で入院していた結核患者のなかからおこった。

しかし患者が集団で決起したという歴史は、「コレラ一揆」という言葉も残っているように、遠く明治の時代にもあった。

現代日本医療史のなかで、もっとも象徴的な迫害をうけたのは、コレラであり、ハンセン氏病や結核などの急性、慢性の伝染病であった。

日本でコレラが流行したのは、明治一〇、一二、一九、二三、二四、二八年の大流行をほとんどほぼ明治の全時代を通じてであった。その死亡者の数は、日清・日露の両戦争の戦死者三十七万人を上まわったという。

コレラの流行は「殖産興業」「富国強兵」政策をとる明治政府にとって、大きな脅威であった。コレラの流行に手をやいた明治政府は、効果的な実施をねらって、一八八六年（明治一九年）に地方衛生行政の実務を警察行政にゆだねた。

日本の衛生行政は、このようにコレラ対策をつうじて警察行政のなかに組みこまれ、敗戦後の一九四八年に衛生行政と警察行政が切りはなされるまでつづいた。伝染病の流行とともに、サールをちらつかせた強圧的な衛生行政も、同じように猛威をふるって人権をふみにじったのである。

コレラにまつわる人権じゅうりんの事実は数知れぬほど紹介されているが、なかでも、細井和氣蔵の「女工哀史」に紹介された紡績工場の取りあつかいと、三菱高島炭坑の取りあつかいは、非道も極に達したものと見えよう。

「女工哀史」には、

「……大阪に虎疫コレラが猖獗をきわめた或る夏のことである。下らん所に面目を重んじた其の工場は、始め一人の患者を工場医に隠匿せしめたのが元で、恰も水面に油を注いだ如く忽ち戦慄すべき病菌が全寄宿舎に蔓延したのである。此のとき会社は所轄の警察署と結託して、隔離室てふ名目の許に三十間とはなれぬ同敷地内にバラック建の病舎を急造し、灼熱するトタン屋根の下に荒筵を敷いて、二重三重と患者を押し込めた。そして一人の臨時医師を増員して防疫にこれつとめたのであるが、この際真正患者と診たものは全部助からぬものと断定し、余計な費用や手数をはぶくため、医師を買収して毒薬を調達させ、患者の飲み薬の中へ混ぜたのである。

薬を飲むや、忽ち患者は七転八倒の苦悶を始めて遂にばたばたと虚空をねめて息ひきとるのであつた。するとそれを薄々覚つた他の患者は、口を緘つて薬を服まない。すると会社は荒くれな人夫に命じて手足をおさへ口を割り、否でも応でもそれをのませねば措かないのである。

いよいよ服ませ終つて苦悶が始まるともう臨終を待つどころか、そのままバラックから文字通り引ずり出して「死体室」といふ小舎へつれて行き、其処で棺桶ならざる釘が出てグリスのついた機械の空箱へ詰め、車に乗せては火葬へ運搬してしまふのだつた。親が来たら無論伝染病ゆへ警察の命令で直ぐ焼いたと云つて了ふのである。こうしてそも幾百人の女が無念を呑んでかへらぬ幽鬼に旅立つたことぞ——」

一八八四年にコレラが流行した際、九州の高島炭坑では、三〇〇〇名の坑夫中、半数がコレラにかかって死亡した。

そのとき会社のとった態度は、海岸に大鉄板を置いて、労働者が発病して一日たつと、患者の生死にはおかまいなく、その鉄板の上で焼き殺したというものである。

まさにこの世の地獄である。

そしてこのような非道な行為は、やがて国民の反感を買い、行動に立上らせることになる。コレラの場合は特に、隔離政策が強引に行なわれ、患者被疑者を問わず一般大衆をもまきこんだため、怒りは波をうって一揆にまで発展したのである。

明治のコレラ一揆は、一九一八年（大正七年）の米騒動のような規模の大きさはなかったにせよ、一八七七年から一八九〇年まで、大小の規模で行動がくりかえされた。一八七九年の大流行のときは軍隊まで出動して、弾圧につとめた、というほどはげしいものであった。

ただコレラが大流行したのは、明治のはじめから日本の産業革命の契機をなした日清戦争までの時代であった。日本が長い封建社会から資本制に移行したばかりの時期であり、労働運動、農民運動等の社会運動が、まだ成熟していなかった時代でもある。

したがって抵抗の形態が、自然発生的な怒りの結集としての一揆的な形態にとどまったのも当然であった。一揆の結果についても、内閣を総辞職に追いこんだ米騒動のような成果を得ることはなかった。

しかし、一揆的であったにせよ、人はいかなるときに怒るか、その教訓を歴史に残したのである。

コレラとは違った形で非道な処遇をうけてきた病気は、ハンセン氏病であった。

ハンセン氏病は、家族内伝染が多いことから遺伝病と誤解されてきた。しかし実際には純培養も成功していないほどで、家族内の接触伝染以外は結核などよりはるかにその伝染力は弱い病気である。

それにもかかわらず社会一般がハンセン氏病患者を恐れるのは、とくに顔や手などに回復のむずかしい後遺症が残るからである。

それに加えて、明治以来の政府の隔離撲滅政策が、人びとに不治の病気、近よってはならない恐ろしい病気等々の印象を与えてきたからである。そしてその偏見政策をつうじて、ハンセン氏病を社会的に根絶しようとしたのであった。立川昭二氏がその著書『病気の社会史』で書いたように、「中世初期にライが蔓延しはじめたとき、人びとはこれにたいし、上下一致して、かつてない強烈な社会的反応をしめした。医学的治療は知られず、医者がまったく無力であったので、この病気をふせぐ唯一の手段は社会的規制によるほかなかった。そのときこの戦いの先頭にみずから立ったのが教会であった。教会が支配する側にまわったとき、神はライ病を救われるべき者とはみず、ライ者は社会的異端者であり、制裁を加えるべき者とみた。」という。

「神」からも見はなされていた患者たちは、どのような制裁を加えられたのか、『らいからの

解放』の著者大竹章氏は、「親であれ子であれ、いったんらいにかかったものは、わざわいの肉親に及ぶのを恐れながら、土蔵の奥や、納屋の片隅で、藁やぼろにくるまり、且膿にまみれ、大声で苦痛を訴えることも許されず、涙に濡れて死を待つか、さもなければ夜更けに故郷をぬけだし、物乞いとなって見知らぬ家々の軒下に立ち、あるいは縁日から縁日へと渡り歩き、やがてどこかの河原で野垂れ死にするしかなかった。」と、ハンセン氏病患者の受難の姿を説明している。この受難の歴史を背に、一九一〇年に「らい予防法」ができたが、その理念は、ハ氏病患者の把握と管理、強制収容、そのための療養所の設立であった。

したがって建てられた療養所は、今も残っているように、人里を遠くはなれた僻地や四海に囲まれた離島であった。そしてその中には火葬場や、納骨堂や、礼拝堂だけでなく、患者を威圧するため特別病室という名の重監房までつくられた。こうして患者たちは一切の人権をふみにじられ、罪人以上の処遇をうけたのである。

入所すると「畑」が貸与され、つくられた野菜は炊事が買入れる、という自給自足の仕組みであった。よほどの重症者でないかぎりには、あらゆる作業に従事させられ、看護婦不足の穴うめをさせられた。そのしきたりは「患者による患者の看護」として、いまもつづいている。その労働の対価は少なく、とても賃金とよべるようなものではなかった。大正のはじめ一般少年工の賃金が一日三〇銭であったころ、療養所における二四時間の作業賃は、その七分の一分八分の一のおよそ五銭であったという。おそるべき搾取が療養所内で行なわれていたのであった。

日本帝国主義が、中国に侵略を開始してから、公立の大きな療養所も国立になり、強制隔離、収容撲滅の方針はいっそう強化された。そのための「患者狩り」も全国にひろがった。そのやり方はまるで野犬狩り同様で、有無をいわずに言葉に絶する非道なものであった。

生木を裂かれるように引きはなされた家族の衝撃は大きく、「衛生部の係員が秘密をもらし、弟の嫁は二歳の子を道連れに服毒自殺した、つづいて弟も自殺した。」（『らいからの解放』より）という事件をはじめ、一家心中、離婚、蒸発、餓首、村八分等々の悲劇が現実にもちあがった。

療養所にいる患者は、自分の誕生日は忘れても、収容年月日は決して忘れていない、というが、この惨忍な仕打ちをうけて、どうして忘れることができるだろうか。

こうした抑圧に抗議して、待遇改善を求める患者の行動も、ようやくたかまってきた社会運動に刺激されて、散発的ではあるが、各地の療養所でおこってきた。

それは、「騒動」、「大暴動」などと新聞で報じられた。だが、騒動でもなく、また暴動でもなかった。大正、昭和と、時代の流れとともに高まった人権意識のめざめであった。

それは自然発生的な行動から、目的意識的な運動へと、ゆっくりとはあるが着実に発展していった。

一九二六年（大正一五年）に、九州療養所において生れた患者自治会が、ハンセン氏病患者運動の歴史で最初の自治組織の芽生えといわれている。つづいて一九二七年（昭和二年）、大阪の外島保養院で、一九三一年には大島療養所で自治会が結成された。

その中で一九三二年には、準備会で終わったが外島保養院内に、「日本プロレタリア癩者解放同盟準備会」がつくられた。

そして一九三六年には、岡山県長島愛生園で、粗悪な療養生活に耐えられず逃亡しようとした患者を所側が監禁したことに端を発して、患者が大会を開き、人権じゅうりんへの抗議と責任者への辞任勧告、作業賃の倍額引上げ、自治制の確立などを要求して、ハンセン氏病患者運動としては初のストライキ、しかもハンストに突入するという行動がおこった。このたたかいは約二週間つづき、患者側の要求を大きく認めさせて終わった。このたたかいの中で、長島愛生園にも自治会が結成された。患者にとって頼るものは、患者自身の団結しかなかった。団結の象徴は、患者の自衛組織としての自治会であった。

ハンセン氏病患者に対する抑圧と処遇の歴史の側面をいろいろもつものは、富国強兵という国是のおもだった。同時にそれは、ハンセン氏病患者の抵抗と、人権闘争の歴史にもつながっていくのである。

以上のように、患者運動の前史として、コレラ一揆、ハ氏病患者会の動向をみると、そこに二つの結論が生れてくる。

一つは、コレラ一揆は、患者が、いのちを守るためには闘わねばならないことを教え、ハ氏病の療養者は組織をつくってたたかうことを教えた。戦後の患者運動は、この二つの教訓を引いて、組織的な動きをとるところに特徴がある、といえよう。

二 敗戦前後の患者

患者運動の草分けといわれ、敗戦後いち早く組織をつくって患者の人権を守る運動をすすめてきたのは、日本患者同盟（日患同盟）であった。

創立当時の日患同盟は、結核患者の結集体であった。結核患者が社会的にも政治的にも抑圧されたその歴史は古くながい。敗戦後、ふきあがるようにして結核患者が組織されたのも、いわばさかのぼって戦前、あるいは太平洋戦争中の抑圧がその潜在力になったのはいうまでもないが、直接の動機は、敗戦直後の患者処遇に端を發したといえよう。

太平洋戦争がふかまるにつれて、人的、物的資源は前線に動員されていった。当然生産活動は低下し、食糧危機も深刻になった。衛生環境も悪化し、比例的に病人が増えた。そして病状の重い病人ほどその処置は敬遠された。

国民生活の荒廃とともに、医療の荒廃も加速度を加えてきた。前線への動員によって医療従事者をふくめて医薬品、医療器材が欠乏する中では、戦力の何の足しにもならない患者は、国家の厄介者として白眼視された。特に病院、療養所に入っていた患者は、為政者にとっては文字どおり「ゴクツブシ」であった。「国の非常時に少しでも役立とうと思うなら、働けるものに食糧をまわすべきだ」とののしられ、精神的にも物質的にも圧迫された。

戦争が最終段階をむかえるころになると、空襲もひどくなり、病院、療養所といえども安全地

帯ではなくなつた。軽症の患者は、素掘りであつたが防空壕掘りにかりだされた。生命の危機を感じて、退院できる患者は退院していった。疎開することのできなかつた患者だけが病院・療養所に残つた。

当時国立療養所の状況は、国立療養所年報（昭和二八年度）によれば、一九四六年度末の病床数は二八、七〇〇床であつたが、入所患者はわずか一二、五〇四名と、定数の二分の一にも達していなかつたのである。その生活は、医薬品ではビタミン類すらなく、食糧もほとんど底をつき、子供の茶わん一杯ぐらいのお粥か、すいとんにたくわんあるいは塩コブ少し、という状態が毎日の献立であつた。大気・安静・栄養が主たる治療法だつた当時としては、食糧不足は決定的な意味をもつた。重症者はバタバタと死んでいった。

『国立療養所史』（「厚生省医務局」発行）によれば、「……昭和一七年までは二、四〇〇カロリー、蛋白質八〇グラム、脂肪四五グラムであつたが、昭和一九年頃より食糧事情は頓に悪化し、昭和二〇年の終戦を経過して二一年において最低に達し、辛うじて一、三〇〇カロリー、蛋白質五二グラム、脂肪一〇グラムを維持するにすぎない状態であつた。従つて患者の栄養状態は悪化し、女子重症者においては、月経異常特に無月経は珍らしくなかつた。」と記録されており、また、当時を回想して国立宮崎病院長の梅本三之助氏は、「当時の食事は誠に粗末で……死亡も年間一五〇名（入院患者四〇〇名）をみたものだった……」と同史にのべている。

結局患者たちは、一日一日を生きのびるために、病身をおして療養所の庭や軒下にトマトやト

うもろこしやかぼちゃなどの野菜をつくって、それで給食を補うしかなかった。少し元気のある患者は、看護婦に連れられて、近くの河原などに行ってたんぼぼや、あかざや、のびるなど、食べられる野草を摘み、どじょうや小魚をとってきて、かろうじて栄養を補給した。

また施設内で鶏を飼って卵を産ませ、それをみんなで分けて栄養をつける、という生活も、生きのびるための知恵から生まれたものであった。

こうした状態は戦後しばらくつづくが、ようやく医薬品や食糧が配給される段階をむかえる。とはいっても、充ちたりたものではなかった。砂糖の配給だけ、というときもあった。そうしたとき、患者たちは、配給された砂糖やたばこを街にでて現金に替え、そして牛や豚のたべられる臓物を買ってきて煮て食べた。消し炭をつくって街で売り、食糧を購うものもいた。

それでも深刻な食糧難から逃げだすことはできなかった。とりわけ重症者は悲惨であった。気が違って、自分の吐いた血痰を、「パンにつけてジャムだといって口にいれる患者」さえできてた（朝日訴訟控訴審における小野範昭氏証言）。

このころのことを、のちに「人間裁判」として知られる「朝日訴訟」の原告・朝日茂氏は、
「私もまもなく咯血がとまり、少し元気を取り戻してきたので、リュックサックをもって近くの農家から、芋や南瓜や、じゃがいもをわけてもらってきた。

私のいた七病棟は、八人病室が十一あり、病棟の長さは八十メートルぐらいあった。そのころは、もう木炭も不自由なときで、私たちは木切れを拾ってきては補食するコンロで木炭代り

にたいていた。

私は時々脱糶して、岡山の市街にいったばい二五銭の雑炊を食べに行った。病院のご飯ではどうにも腹がへってしかたがなかったので、南瓜や芋、じゃがいもをきざみこんで、雑炊にして腹をふくらませていた。そのころ、霊安室のお供えの盛り飯がなくなることもたびたびあった。

田舎の農家から入院してきている療友は、家から米や芋や野菜をもってきて補食していたが、私のように町から入院したものは、そんなものを持ってきてくれる者はいなかった。自分で食べるものを買ってあさってくる外に方法がなかった。生きんがため、食わんがために、病状が悪いとは知りながら安静を守ることができず、バタバタと動きまわった。生きることが死ぬことへの道につうずる療養生活でもあったのだ。……」

と、手記「人間裁判」にしたためている。

ハンセン氏病患者への処遇も戦争の進展とともにますますひどくなり、太平洋戦争の最終的段階に入ると、それは極点に達していた。

常食としては小さな芋二個が一食であった。とうもろこしのおかき、小麦粉に重曹を入れてふくらませ、量を多く見せかけたすいとん、飯粒が申しわけ程度に混入された芋飯がとぎたま給食される状態だった。患者たちは草や木の根を掘って食べた。医薬品はなく、患部を覆うガーゼや、看護材料もなくなり、一九四五年一年だけで、患者は平均五名に一人が死亡した。だが、その死者を焼くマキにさえ欠乏していた。文字どおり極限の状態を迎えていた。生き延びたものはその

極限を生きてきたのである。

このような、患者が文字どおり必死になって逆境とたたかっているとき、療養所や病院の中で、悪質な管理者が、わずかに配給されていた患者むけの食糧や、医薬品を横流しするという事件があちこちで起った。敗戦直後の混乱した社会状況の中で「ヤミ屋」が横行し、ヤミ成金が育った歪みきった時代である。

このいまわしい出来ごとを、飢餓にも近い状態で知った患者たちは、こんなことを許しておいては自分たちのいのちが守れないと、自分たちの配給米や配給物資をピンハネ、横流しから守るために立上った。さらにその運動は、隠匿蔵物資の放出要求に発展し、そして悪質な職員を追放へと、施設の民主化要求に発展した。

それらは、いのちを守る運動の最初の目覚めであり、悪質な病院、療養所当局のあらゆる弾圧に抗してすすめられていった。まさに患者運動は、その素朴な、いのちとくらしを自衛する原点から生れたのである。いいかえれば、日本患者同盟の、組織の導火線であった。そのことは全国ハンセン氏病患者協議会（全患協）にもいえた。

三 生きるための組織を求めて

“組織”という言葉すら知らなかった患者に、組織の必要なことを教えていったのは、戦争中、労働運動や農民運動の経験をもち、病にたおれて療養所に入っていた、いわゆる“活動家”たち

であった。

前出の朝日茂氏もそうした活動家に影響をうけた一人であった。「手記」にはその活動の一面が簡潔にまとめられている。

「終戦後まもない十月はじめのある夜、私たち七病棟の患者約二〇名ばかりは、八号室にあつまって常会を開いた。その席で、園当局に対するいろいろな不満がだされた。

みんな異口同音に、林事務長の横暴、患者の人権を無視した圧迫、患者配給物資の抜き取り、横流しに対する怒りがぶちまけられた。戦前から戦時中にかけて、押えつけられていた不満が一度にせきを切ってあふれたかっこうであった。園当局は、患者がコンロを使って補食するのを必要以上にやかましくいつて取り締まった。それは、火をつかって失火してはいけないという理由である。患者はどうしても芋や南瓜を煮て食べなければ生命がもたないと思っていたときであるから、この取締り、圧迫に対する不満はとくに激しかった。

こうしたことがみんなからぶちまけられて、なんとか園当局と交渉しよう、ということになりかけた。このとき、突然、部屋の片隅にいた堺好明氏が、そんな不都合な事務長は放り出してしまえ、といった。堺氏は岡山の大病院から転院してきてまのないときで、今までの事情はあまり知らなかったが、みんなの話を聞いて腹を立てた。みんなは林事務長のいままでの横暴なひどいやりかたをよく知っていて、その反動が恐ろしいのでだれもおいそれとは賛成しなかった。みんな不満はあり余るほどもっていても、自分から進んで交渉しようとか、聞かおう

とはしなかった。ながい間、圧迫されつづけていたので、患者は無気力というのか去勢されてしまっていたのであろう。このようななかで、堺好明氏が、林事務長を辞職させよといったものだからみんな驚いたのである。

それから一週間ぐらいたったある日、堺君は突然、看護婦に移送車を自分の部屋までもってきてもらい、唾壺を片手に持ってこれに乗り、診察室に出かけた。そして事務長を診察室に呼びだし、「先日事務長に送った辞職要求書の返事を聞かせてくれ、君は今まで患者たちにひどいことをしている。このさい事務長はいさぎよく辞職せよ」と迫った。

いままで独裁的に振舞っていた林事務長は、予期せぬあまりのことに驚いた。はじめは堺君を狂人ではないかと思ったようだった。だが堺君の正しい要求と固い決意のまえに、事務長はろうばいし、すっかり自信を失って、急に虎が猫に化したようになった。林事務長は堺君を共産党の大物と思ったようだった。堺君は戦前、反戦主義者の名のもとに、岡山西警察署に検挙された経歴の持ち主であった。

堺君は事務長に対し、次のことを要求した。

- 一、事務長は責任をとって辞職せよ。
 - 二、患者の人権を無視した官僚独善の運営を改め、民主的に運営せよ。
 - 三、患者配給物資の抜き取りや横流しをやめよ。
- 事務長はしばらく考えさせてくれといった。堺君はつづいて、市村院長に林事務長の辞職を

要求した。市村院長は自分に任せてくれ、責任をもって善処すると約束した。

堺君は苦しみめられていた患者の生活と権利を守るため、当時毎日下痢して、身体もだいぶ弱っていたのをおして、みずから進んでたたかっただのである。そして闘うためにはどうしても組織が必要であることを説き、患者自治会を結成しようとみんなを説得した。しかし患者の一部には、そんなことをしてはかえって園当局からいらまれて損をする、という日和見的な者もいた。

私はこれは重大な問題であり、堺君をこのままにしているは患者から孤立するかも知れないと思い、堺君を積極的に支持して行動を共にすることを決定した。これが私と堺君が同志として固く結びあった最初のことであった。」

堺好明氏の確信にみちた発言、熱情、献身的な行動が、患者たちの信頼をつないでいく結び目であった。これはいつの時代にも要請される活動家としての心がけであろう。

あの「人間裁判」の朝日茂氏も、「堺君は私たちより常に進んだ考えをもっていた。病状はあまりよい方ではなかったが、患者のため献身的な努力をつづけた。私はこの堺君の犠牲的な行動に深い感銘を受けた。」と、堺好明氏との出会いのなかで、患者運動の活動家の一人として育ったことを述懐している。この時期、堺好明氏のような人たちは、極端に言えば、その多くが「治安維持法違反」としてとらわれ刑務所にいれられていたか、あるいは、きびしい弾圧の中で身体をこわし、肺を侵されて療養所に入っていたかであった。

やがて、敗戦、そして民主主義の夜明けとともに、前者は刑務所から出獄して生産点へ、後者は、その生活点で、新しい活動に参加していたのである。

また、以上のような啓蒙とは別に、実地に組織の必要性を説き、患者の自覚をうながしていったのは、敗戦後の廃虚のなかで、ほうはいとしてわきおこった数々の生活擁護のたたかいであった。

敗戦直後のきわだった特徴の一つは、失業と飢餓のどん底におちいった勤労国民の立ち上りであった。朝日茂氏たちが、病院当局の不当性について鳩首を集めていた一九四五年の一〇月当分で、職を失った労働者は四〇〇万人にもほり、そこに、軍の解体とともに内地部隊二〇〇万人の復員兵士たちも失業者の仲間入りをした。さらに海外からの復員もすすみ、また海外居住者の引揚げも行なわれ、まったく無一文の引揚げも失業者の群に加わった。こうして、大量につくりだされた失業者の数は、たちまち一〇〇〇万人をこえた。

インフレの昂進と、資本家の生産サボタージュで、衣食住の生活における極度の危機が現われた。なかでも国民の生活に決定的な影響を与えたのは食糧難であった。無策だった政府にたいし、アメリカ占領軍は、後日、救貧制度（救護法等）改正のテコとなった「経済ならびに福祉計画に関する件」（一九四五年二月）「社会救済」（四六年二月）などの覚書を政府に渡し、救済方法をうながした。

抑圧からの解放をもとめる勤労国民の動きは、生活の危機に刺激されて、急激に日本の民主化

と生活難突破の運動に成長していった。

労働組合、農民組合がぞくぞくと結成されていった。賃上げ要求を中心とする労働争議は、一九四六年二月には六〇件二万九〇〇〇人、三月には七七件七万四〇〇〇人と急増した。食糧危機を突破するため、労働組合、農民団体、市民団体によって、関東食糧民主協議会がカンパニア組織として誕生した。それを母体として「皇居」までデモを行なった世田谷の「米よこせデモ」、三〇万人の大衆を結集した食糧メーデーなどがくりひろげられた。

労働組合の結成とその運動のたかまりにアメリカ占領軍はあわてた。

そして、応急の策として、選挙権を与えることによる婦人の解放、労働者への団結権の賦与、教育の自由主義化、圧制的・専制的制度の廃止、経済機構の民主化等五大改革の指示（一九四五年二月二日）、政治犯の釈放（同年一〇月四日）、治安維持法の廃止（前に同じ）、特高警察の廃止（前に同じ）、その他、財閥解体、政党政治復活、農地改革、軍人恩給停止、戦犯の公職追放令公布など、一連の改善が行なわれた。

こうした、波をうつようなげしげしい動きは、たとえ人里はなれ、社会から隔絶されていた療養所の中にも、一定の影響を与えずにはおかなかった。

いのちを守るためには、自分を守るためには、何をしなければならぬか。その答えの模索がはじまった。

薬は不足している、医療器材はない、食糧は少ない、医者も多くは官僚的であり、経営者の多

くは目を放せないほど営利的で、患者をとりまく状況は、待ったなしで、“どうするか”の結論をもとめていた。

「一人一人がバラバラでは力にならない。みんなが団結しなければ、そのためには組織が必要だ」という気運がもりあがってきた。

組織をつくり、自分を守ることは理くつではなかった。“生きたい、病気を一日も早くなおして社会復帰したい”という願望がそれを支えた。

患者自治会の結成がはじまった。

四 点から線、線から面へ

「ベッドの中からでて、ベッドの中にかえる」、これはある自治会のひとたちの活動の言葉でした。患者運動は、ひとりびとりの患者が、毎日の生活をおくっているベッドのなかから、“こうしてほしい、ああしてほしい”という、直接のねがいごとから出発し、その要求を実現するための自治会の運動が、医師や看護婦や栄養士、経営者との交渉になったり、また県患や日患とともに県や国との交渉になったとしても、その結果はひとりびとりのベッドの生活に実をむすんであらわれなければならないということなのです。

“すべての道はローマに通じる”というように、わたしたちにとっては“すべての運動はベッドに通じる”のでなくてはなりません。

運動の出発点と終点に直接たずさわり、それを見届けることができる自治会活動は患者運動のいちばんたいせつな土台です。」

以上は、日患同盟の理論誌「患者運動」に載った組織構造の中での「自治会」の位置づけである。

療養所、病院などの生活点で組織されている患者自治会は、労働組合でいえば分会にあたる。労働組合の分会が、労働組合運動の裾野であるように、患者自治会は患者運動の根っ子である。自治会の要望が、基本的に患者運動の方針に反映していなければ、それは道を誤まることになるであらう。

内外の影響があったとはいえ、患者自治会の結成もつねに順調に組織化がすすんだわけではなかった。むしろ険しい道のりでさえあった。

敗戦までつづいた長い間の抑圧政策の中で、言論、出版、結社の自由をうばわれ、徹底した軍国主義的教育を受けてきた人びとが、民主主義に対する理解と、組織をつくることの必要性を自覚するまでには、かなりの困難がつきまとった。

この困難をのりこえる決断を支えたのはすでにのべたように「生きたい、治りたい」という素朴な願いであった。それはまさに患者運動の原点であった。

いろいろな困難をのりこえて自治会づくりがはじまった。東京、岡山の自治会結成のニュースは全国にひろがっていった。

悪徳管理者を追放して施設の民主化をもとめる運動、主食の一合加配、医薬品、衣料品の放出要求からはじまった、生きていくためのぎりぎりの運動は、施設交渉、自治体交渉をくりかえすことで成果をあげていった。

また、当時、療養所まで管轄していた進駐軍に対し、地方医務官や、本部にまで出むいて陳情し、要求の実現に力を注いだ。

成果は運動を勇気づけ、組織の発展強化につながっていった。

やがて点在する自治会が横にひろがりはじめた。一九四六年一〇月、都内の日本医療団系の療養所と私立療養所の患者自治会によって、東京都患者生活擁護同盟が結成された。性格の共通する療養所ごとに全国結集をしようとする気運と、東京都患者生活擁護同盟の誕生は、その気運を一気に発展させた。敗戦後の翌年、一九四七年は、全国組織実現の年となった。

一月、東京都患者生活擁護同盟のよびかけで全日本患者生活擁護同盟が結成され、二月には傷痍軍人療養所関係の自治会によって国立療養所全国患者同盟が、三月には、旧陸海軍病院系統の患者自治会によって全国立病院患者同盟が結成された。

三つの組織とも、独自の要求と立場で運動をすすめていたが、運動の飛躍的発展を期すためには、三同盟の組織合同が必要である、という願望が会員の中からあがってきた。

統一の努力が精力的に行なわれた。

数十にのぼる要求をもった統一行動もくり返された。

もちろん統一にむかって、すべてが一直線にすすんだわけではなかった。いろいろな隘路があった。最終的には、全日本患者生活擁護同盟と国立療養所全国患者同盟の二つが統合するのであるが、中身が最初から違っていた。

雰囲気としても、医療団関係は、いわゆる医療券患者であったし、傷残軍人療養所の場合は、文字どおり、傷ついた軍人たちの療養所である。そこでは、敗戦になったとはいえ、まだ将校が羽振りをきかし、采配をふるっていたところが多かった。

この二つが、合同問題を話しあうのであるから、簡単に結論がでるはずはなかった。

隘路の主たるものは、思想、信条の問題をどうするか、ということであった。極端な意見は、「右翼的思想は問題視しないが、左翼的思想は困る」というものであった。

議論の結果、三原則を確認することで大同団結への合意が成立した。この三原則は、次のような「合同の覚書」としてそれぞれの組織代表によって調印された。

そして創立後も、しばらくの間規約の前文に「三原則」として収載された。

合同の覚書

国立療養所全国患者同盟、全日本患者生活擁護同盟は日本国立私立療養所患者同盟として合同新発足するにあたり、左の条項を尊重することを確認するために覚書を作製する。

一、日本国立私立療養所患者同盟は自主的厚生運動を目的とする。

一、日本国立私立療養所患者同盟はその目的達成のため政治的思想的に偏倚しない。

一、日本国立私立療養所患者同盟は同盟員個々の思想信仰ならびに政治的信条については自由である。

此の覚書は日本国立私立療養所患者同盟発足時から効力を発する。

昭和二十三年三月三十一日

国立療養所全国患者同盟 会長 中島啓創

全日本患者生活擁護同盟 中央執行委員長 朝倉純義

このような曲折を経て、患者の人権を守るためにはより大きな全国組織が必要である、という大原則が組織上の性格の違いや、その他の隘路をのりこえて結実したのである。

一九四八年（昭和二十三年）三月三十一日、全日本患者生活擁護同盟と、国立療養所全国患者同盟の二つが統合して日本国立私立療養所患者同盟（一九四九年より日本患者同盟と改称）を創立するのであるが、その文字どおり創立の前夜、国患同盟と全患同盟はそれぞれ大会を開いて次のような、発展のための「解散宣言」を発表する。この宣言は、その表現自体の中からもみることができるよう、二つの団体の性格を反映して興味ぶかいものがあるし、また、それゆえに、合同までの道のりの平坦でなかったことを物語るのである。

国患同盟の解散宣言

国立療養所全国患者同盟は全日本患者生活擁護同盟と大同合流し日本国立私立療養所患者同盟として新生するため同盟規約第三十二条に基きここに解散する。

思えば戦後澎湃としてまき起った日本民主化運動の一環たる患者自治運動の勃興を見た際に全国的統一組織として必然的に同盟が結成されてより爾来曲折一年余、能く社会情勢の変転に処し、困難なる財人的隘路にめげず、生活権の擁護に、食糧物資の獲得に、療養所内の民主化に、革新的意欲の下一致団結、東奔西走、或は議會に請願し、当局に陳情し、あるいは世論に訴え天下に声明し、あるいは紛争を処理し、旧弊を解消し、物心両面に於て幾多の実効をあげ、且つ外部に対する発言権を確保しえたことは、未踏路の患者運動を大過なく現段階まで発展せしめたことと共に誠に欣快にたえない。しかも今や療養所患者統一のため全患と合同するに決し將に患者運動の第二段階に入らんとするは我等が理想達成のため慶賀して余りある処である。

されど社会の客観情勢は日々不利にして、当局はことごとくに我が瑕瑾を探って牽制せんとつとめつつある。これにくわえ、無料制度の実現、アフタケヤー建設、コロニー制度の確立、生活保護法の改善、医療の充実とその民主化等々、前途に残された是非共為すべき難題は山積している。ここにおいて我らはより慎重に反省して内に組織力を完璧ならしめるとともにより積極的に行動しつつ外社会的地歩を拡充しなければならない。この重大転換期に対処すべき新同

盟にあたえられた任務はけだし甚大なるものがあるであろう。我ら過去一年自己の療養を犠牲とし、病身を献げてあがなえる実績を新同盟がより整備完成されることを希求し、かつ期待する。

我らは解散にあたり過去を顧み多少の蹉跎と行過ぎはあったかも知れぬが、我らの行動は終始純粹であり、真摯であったことを確認し、その成果を讃えうることを誇りとする。

しかし、しかして常に友愛精神を発揮し義憤にもえこの道のため茨を切拓いた本部支部分会の役員諸君の協力、活動は永久に銘記され感謝されることを信ずる。

さらば、より大いなる患者運動の成長に奉仕すべく進んで国患同盟の組織を解く、今我ら同盟員一万三千は一丸となつていよいよ所期の目的に邁進せんことを誓う。右宣言す。

昭和二十三年三月三十一日

国立療養所全国患者同盟 会長 中島啓創

全患同盟の解散宣言

一九四七年一月三十日、我ら全日本患者生活擁護同盟が結成されて以来一年二ヶ月を経過した。

当時の破局的国家経済と社会的不安の中で療養生活者も餓死の恐怖に曝されていたため、遂に自己を守るべく各地方にたかまりつつある患者生活擁護の声を結集し、東京都患者生活擁護

同盟を主軸として、日本結核史上輝やかしいけっ起をしたのである。

それ以来、我々は八項目にわたる行動綱領下に、全日本患者の協力を得て、結核の撲滅と医療の復興を眼目とし、悲壯な戦を闘いつづけて来たのであるが、敗戦後の歴代政府は我々の意図している事項に関しては全く無能無策を暴露し、今日に至っても尚、日本医療は勿論、社会福祉、基本的人権の尊重に於て政策的行づまりにさえ逢着している。

我々の活動は療養者の生活を守ることを通し、働らく人民大衆の幸福につながり祖国再建につながっていた。弱い者が弱いなりにあらゆる制約と闘かい団結して来た悲願の道であり茨に飾られた道であった。然も尚止むに止まれぬ遠くつづく道である。

この過程に於て我々は多くの成果を得た。即ち各療養所に於ける患者自治会の強化となり、医療従事員との密接な連繋となり、諸民主団体に我らの実態を訴えその協力を獲得した。我ら同盟の大部分の施設は所内の民主化から、生活擁護の実践活動と共に患者療養秩序の確立、文化的精神的生活の充実に進みつつある。

更に政府当局に対する陳情や要求の結果、我らの生活が窮極的解決を見るためには各人の政治意識に帰する事を知りつつある。我らの生活環境とそれから生れた正確な体験を結実させつつある。

もっと我らの生活は、健康で明るいものになり度い。この願望こそは更に全国療養者の強力な活動を求めるものである。

患者運動に於ける自主性は絶対に確保される。そこに我らの足並みの乱れなく、そこにポス的英雄主義も幹部操縦主義もセクト主義もない。

貧しく病む者の強い熱望は、一つの坩堝に渾然ととけあい、ついに国患と全患は来る四月一日を期して、日本国立私立療養所患者同盟の結成をみるに至る。規律ある組織の拡大は自主性の粗漏を来してはならない。

今日ここに全日本患者生活擁護同盟の発展的解散を決議するに当り同盟員の団結は一層強力であり療養生活の擁護を妨害する者に対しては、断乎闘うものであることを誓う。

それによつてのみ、我々の過去一年有余にわたる運動の方向は明示され進展するものである。我々は、我々療養者の恵まれた明るい日の来ることを固く信ずる。全日本患者生活擁護同盟の解散に当り、一万の名に於て、右宣言す。

一九四八年三月三〇日

全日本患者生活擁護同盟 第三回全国大会

このようにして合同が成功し、患者の生活擁護の新らしい、そしてより大きい全国組織・日患同盟が創立した。いづくせない、苦勞の果ての合同であった。だがその反面、成果をもちよつての合同でもあった。合同宣言は、まさになんの誇張もなく、その意義を認め、いかに前途が多難であろうとも必らず踏みこえていく、という決意と確信にみちた文章によつて綴られた。

合同宣言

国立療養所全国患者同盟と日本患者生活擁護同盟はその光輝ある功績を更に飛躍発展せしめるために合同して日本国立私立療養所患者同盟を結成する。それは完全に一致せる共同目的の遂行のため両者の組織と特長の総力を結集してより団結を鞏固ならしめると共に、漸く沈滞せんとする患者運動に賦活の息吹きと希望の刺戟を与えんとする意図に他ならない。

かくて名実共に我邦患者自主運動は第二段階に入った。この偉大なる成長をとげた患者運動を確固たる一つの体系に育て上げる重責こそ今日誕生創立した日患同盟の双肩に担わるべきものである。

国患、全患両同盟を親として新たに生れた日患同盟は、勿論その組織と事業を受継ぐものではあるが単に両者をプラスしたものでなく全く新しい構想の下に一切を理想的に運営してゆく創造的画期的存在であり、これがとりもなおさず過去の行掛りをかなぐり捨て、大同合流せる両同盟の希求に添う所以でもあると信ずる。

歴史的な療養所患者同盟の合同による、日患同盟の結成新発足に当り我らは未踏の茨の路を開拓し幾多の功績を遺した国患、全患両同盟の努力を感謝し肝に銘ずると共に、新同盟に寄せられた両同盟の絶大なる期待を裏切ることなく、如何に前途が多難にみちていようと、二万三千の総力を真に昂揚一致せしめ敢然として之にあたり誓って合同の目的に応えるであろう。

右宣言する。

一九四八年三月三十一日

日本国立私立療養所患者同盟結成大会

一九七八年三月、日患同盟は三〇周年を迎える。三分の一世紀の歴史が物語るのは、合同宣言を裏切らなかつた、という一言で尽きるだろう。その一言こそまた、日患同盟の歴史の重みでもある。

五 日患同盟の業績

もし日患同盟が、「一日も早くよくなって社会復帰したい」という患者の願いで運動をしていなかったとすればどうだろう。おそらく今日の日患同盟はなかつたにちがいない。

それに日患同盟の場合、いろいろな職業のちがいが、一〇代から七〇、八〇代という年齢の違い、各種の思想信条のちがいが等々と、さまざまな生活感情の異なる人びとによって構成されているのである。この複雑な組織が、創立後一度の分裂もなく団結を維持して尊い歴史を築いてきたのは、なおるために障害になっている問題や、社会復帰を妨げている問題と対決し、それを克服することを基本的な事業として運動してきたからである。

自治会のないところをみれば背けよう。自治会のない病院での患者の処遇と、日患同盟に加盟

している自治会の会員の処遇とは、段違いに差があるからである。

概して自治会のないところは、自己負担額（差額徴収など）が多く、必要以上に生活が規制され、そのくせ設備が不充分で、そして医者も横柄である、というところが多い。

それはちょうど、労働組合のない多くのところでは、賃金が低かったり、労働条件が悪かったり、人権が守られていない、というのと同じである。

もちろん制度のことになると事情が違ってくる。自治会があるうがなろうが、日患同盟に加盟していようがしてまいが、関係なく、日患同盟の成果は全患者に及んでいる。しかし生活点で具体的に権利が保障されているかどうかは、患者個人の将来に大きくかわりあつていくことを見落すことはできない。

ではどのような社会的な成果を三〇年の歴史につづってきたのだろうか。

一口にそういっても、日常的な生活環境の問題から、医療、看護、そして制度の改善にいたる迄大な成果を、ここであげることは至難である。そこで、二つの代表的な運動とその成果をとりあげてみよう。

代表的なものの一つに、一九五〇年（昭和二五年）の結核の新薬ストレプトマイシンから、一九七一年（昭和四六年）のリファンピシンにいたるまで、パス、チビオン、ヒドラジッド、ストマイとパスの併用、ピラジマナイド、カナマイシン、エチオナミド、エタンブトール等々と一〇種にちかい結核の新薬を、健康保険法、あるいは生活保護法、その他の医療保険に適用させた成

果がある。これは日患同盟の運動の、きわだった特徴の一つとしてあげることができる。

常識的にいえば、厳密な検査と、学会の審査がパスすれば、患者が要求しなくとも医療保障の諸制度に速かに適用すべきなのである。だが実態は「こうしている瞬間にも、薬が使用できずに死んでいる療友がいる」と訴えながら、大臣室の前の冷たい廊下に代表たちが坐りこんで要請することがしばしばあった。

認可がひきのばされたのは、新薬に副作用などの心配があるから、という理由ではなかった。一日引きのばせば、何億円かが節約できるといふ、結核対策の経費がふくれあがることを恐れての財政上の理由であった。「働きながらの治療」などという方針で、入院治療から通院治療に切り替えているのも、まずは財政上の問題から出発しているのである。

新薬の認可は、必らずと行ってよいほどハガキ陳情や署名運動、施設長交渉、厚生省交渉などという各種の行動のあとに行なわれた。つまりは、運動によって実現した、ということである。

その他、生活保護法、健康保険法、結核予防法等々にも、はつきり日患同盟の運動によって改善された制度上の軌跡をみることができ、このほかに歴史的な大運動もある。

なかでも一九五四年、吉田政府が社会保障予算の大幅削減を行なったときの激烈な運動をあげることができる。ここではじめて、患者運動の存在が、一躍社会的な注目を浴びたのである。それほどに死活に通じる大運動でもあった。

一九五四年度の国家予算にからむ、社会保障予算削減に対する案は一三項目あった。

その社会保障予算削減案一三項目の筆頭に上がったのは、尨大な予算を必要としている生活保護費の、国庫負担率を八割から五割に引下げる、という引しめであった。

この過酷な社会保障関係費の削減案には、嵐のような反対運動がまきおこった。そして労働者を先頭にした抗議運動によって、削減案は撤回され、生活保護費も復活した。復活したとはいっても朝鮮戦争後の不況により生みだされた、生活保護対象者の数より下まわる額であった。結局は被保護者の削減が当然のように実施されてきた。

「保護適正化」の名のもとに、生活保護の新規適用の中止や収入の認定、扶養義務の強化等が行なわれてきた。

生活保護費の中では、医療費が五割以上を占めていた。その医療費の大半は結核の医療費であった。冷酷な政府が、「社会的有用」でない患者、とりわけ結核患者に目をつけてくるのは、戦前だけではなかった。

そこで療養途中の患者を無理に療養所から退所させるためや、重症者から付添婦を取り上げるため、「医療扶助入退所基準」（入退所基準）と「医療扶助による看護の給付取り扱いかい」（付添制限）の二通達をだしてきた。

日患同盟はこの通達と、その背景をなす生活保護の引しめに反対して立上り、都道府県庁への坐りこみを行なった。この運動を、「入退所基準反対闘争」とよぶが、県庁への坐りこみは、岡山、愛媛、東京などからはじまって、ついには全国一六の都道府県に波及する（東京では、当局

の冷酷な取り扱いかいによって、坐りこみに参加した一名の婦人患者が死亡した。という日患同盟の組織をあげた、全国的な運動に発展した。

運動の結果としては、二つの通達を撤回させることはできなかったが、実施面ではいくつかの譲歩をかちとった。特筆されるのは、この運動の直後、社会保障制度審議会が、その中に、結核対策特別委員会を設置し、のちに、「結核対策の強化」を政府に勧告したことや、わが国最大の労働組合である総評が、結核対策強化運動を推進したことなど、一般の関心が、政府の結核対策に批判としてそそがれたことである。そして政府自身もおそまきながら、「結核対策要綱」を発表することになったのである。

以上のように運動の結果、政府も曲りなりにも結核対策に腰をあげざるを得なくなるが、一般国民にとってもそれはもちろん重要なできごとであり、関係のふかい結果となったのである。

なおこの運動は、朝日訴訟運動（一九五七年～六七年）、そして一九六一年の「結核予防法の公費負担制度拡充闘争」、一九六八年（昭和四三年）の「国立療養所の特別会計制反対闘争」などと同様、日患同盟の歴史につづられただけでなく、一つ一つの成果が、たんに入院患者の利益を保障したにとどまらず、国民の健康、医療に直接関係をもつものであるため、日本の社会保障闘争の成果として、特に「誰でも、いつでも、いい医療を無料で」というスローガンのもとにたたかっている民主勢力の、大きな成果の一つとして評価されているのである。

「患者運動の社会的意義」とは、このような普遍性のある成果の中で証明されるのであろう。

では、日患同盟の成果から学ぶべき普遍的な教訓とは何であろうか。

その一つは、どんな小さな成果であっても運動しないで得られたものは何もないということと、運動形態の多様性を示した点である。

患者運動は文字どおり病人の運動であるから、当然限界がある。そこで患者運動はその運動をつうじて、運動というものはデモをやったり、ストライキをやるだけではない、創意を発揮すれば、いろいろなことができる、ということを実際に行なってきたということである。たとえば「ハガキ陳情」などという新語（あるいは患者運動用語）も生れているように、寝ていても、出来ることはたくさんある。

現実に、厚生省の役人に施設を調査させたり、議員に働きかけて国会で質問させたり、マスコミへの投書をつうじて具体的な改善を実現したり、さまざまな運動を行なっている。とくにどの運動とかぎるものではないが、その形態が無限にあることを、患者運動は教訓の一つとして残している。

その二は、患者運動の主人公は患者であるという、いうなれば当然のことを、その運動と成果をとおして明確にしたことである。

労働組合をはじめ医者や看護婦やケースワーカーなどが、組織の結成時だけでなく、いまでも助言を与えてくれたり、援助をさしのべてくれている。だが、肝心の患者が動かなければ運動は成立しない。

労働組合運動などと事情が違うため、療養している患者が必ずしも運動の主体でなく、代りのものが動けば患者は寝ていてもいいのではないか、それで患者のねがいも実現するのではないかと考えるむきもある。だがすでに、それについての答えはのべてきたところである。子供のための「親の会」や、精神障害者の「家族の会」は別として、患者が主体にならなければ運動はすすまないのである。さらに、安心して療養生活ができない深刻な実態を世間に訴え、ひろく国民から支持されるためには、患者の声にこそより実感がこもっているからである。それが患者運動の主人公は患者である、ということである。

もう一つは、くり返しになるが、日患同盟が、今日まで組織を維持し発展してきた要素の一つに、いのちの重みをはっきりさせ、"一日も早く健康をとりもどそう、そのために不安のない療養生活を権利として保障させよう"という要求を基礎にしてきた、という点である。

ややもすると会員の要求を忘れ、組織を維持するために、役員の方々に会員の要求を従属させるという独走的な誤った傾向も、でてくることがある。日患同盟はそのながい経験を通して"要求のために組織はあり、組織のために要求があるのではない"という運動の原則を確認してきた。具体的には、まずベッドにおけるひとりびとりの悩みに耳を傾ける草の根民主主義を守ってきたことであろう。それは日患同盟の団結の要でもあったのである。

以上三点をまとめると、一つの運動論が成立する。

一九四八年三月三十一日、日患同盟が結成されたあと、全患協が五一年に結成された。このあと、

しばらく一九六〇年代までまつことになるが、一九六〇年代に入って急速に各種の患者団体が誕生し、そして要求をもって立ち上っている。

そしていまや、大同団結をめざして、共にすすもう、という新しい未来図が描きだされるようになってきた。この経過に日患同盟三〇年の歴史の教訓がひきつがれようとしていることは、何びとといえども否定できないであろう。

第二章 朝日訴訟と患者運動

一 朝日茂氏の横顔

敗戦後出発したばかりで、幼ない経験しかもたない患者運動に、明確な理論的根拠と確信を与えたのは朝日訴訟であった。

もちろん朝日訴訟は患者運動だけでなく、「……私たちは社会保障闘争を労働者、国民のいのちと健康、権利をまもるたたい、として位置づけていますが、この思想は一〇年にわたる朝日訴訟闘争が生んだものであり、朝日訴訟をたたくことによって日本の社会保障闘争がぎざぎざ思想となっています。」（中央社会保障推進協議会、第十一回総会基調報告より）と評価されているように、各種の民主主義運動、とりわけ戦後日本の社会保障運動にとっても、基本的な考え方と展望を示したものであった。

また、朝日訴訟が終って四年たった一九七一年一月に出版された『朝日訴訟運動史』（草土文化）のはしがきには、

「もし朝日訴訟が、国民の切実なねがいに根ざさない事件であったとすれば、すでに人びとの記憶から遠く消え去っていたことであろう。」

だが朝日訴訟は、いまも人びとの記憶の中から消え去っていないばかりか、その思想、その理論は運動の模範として、社会保障闘争や賃金闘争、あるいは権利闘争や憲法闘争、公害訴訟をふくむ裁判闘争などの諸闘争の中しっかり位置づけられつつ今日に至っている」と書かれているように、この表現の適切さはいまもかわってはいない。

では、この歴史に残る重要な裁判をおこした朝日茂とは、いったいどのような人物だったのか。朝日茂氏の死後発刊された『手記・人間裁判』（一九六四年、草土文化）によれば、彼は、一九一三年（大正二年）七月に岡山県津山市で生れ幼年期はそこで育った。

一九三三年に岡山県立津山商業学校を卒業した朝日茂氏は、同年四月に、東京の日満倉庫株式会社（満鉄直系、現在の東洋埠頭株式会社）に入社し、勤務のかたわら中央大学の夜間部、商学科に学ぶのである。

中央大学を卒業したあと、大連駐在員事務所に転勤を命じられ、着任早々咯血する。病名は彼の生涯を決定的にした結核であった。それから約一年、郷里で療養して復職するが、三年後の一九四〇年に再発し、本格的な療養生活がはじまった。このとき氏は二七歳であった。

ここまでは、当時の結核患者が平均的にとおる道であった。朝日茂氏も苦学して大学を終え、立身出世を夢みる普通の青年だったのである。

この夢多い一人の青年が、やがて「人間裁判」とよばれる訴訟をおこすのであるが、何が彼を、一般では想像もできない大事件に立ち向わせるのか、その動機、その思想的成長の過程を知るこ

とは、とりもなおさず朝日訴訟の神ずいにふれることでもあらう。

いまは文字どおり朝日茂氏の遺言ともなった「手記」には、このことが次のように語られている。

「私はいま五十年の生涯をふりかえってみて、いくたの思想の遍歴をつづけてきたものだと
思う。若い三〇歳のころまでは、仏教の無常観に心をひかれ、親鸞の『超日月光』とか、高神
覺昇の『般若心経講義』などを読んだものだった。つづいて新興宗教の『生長の家』に心の安
らぎを求めたこともあった。しかし病気がながびき、ベッドの生活から離れられないようにな
ってからは、しだいに観念的な考えから唯物論へと思想が変化していった。

「人は、パンのみにて生くるにあらず」というが、パンがなくては生きられないことを私は
身をもって知ったのである。まず「パン」である。そしてその上にこそ、香り高い精神生活が
必要なのである。私は患者自治会の活動を通してこのような考えに変っていった。それは、多
くの療友が精神的な苦悩とともに、物質的な苦悩に、よりいっそう苦しめられているのをまじ
まじと見てきたからである。

貧困の克服へ目を向けたとき、生活のなかにおける矛盾、政治の矛盾、社会の矛盾を知るな
かで、人間を掘り下げて考えるようになり、私たちを苦しめている根源を追求していった。そ
して哲学を勉強し、社会科学、政治、経済のしくみを勉強していった。そのなかで、階級的な
立場にたつて、ものごとをみるようになった。

矛盾した現実のなかに生きる生活体験から、ついに私をその方向にむかわせたのである。」と。

現実のなかに生きる生活体験とはなにか。

それは、敗戦前後の療養所の中での生活体験をさすものであった。

荒れるにまかせていた敗戦直後の療養所では、戦争中は、「このゴクツブシ」と悪罵を患者にあびせていぼりちらしていた悪徳な病院管理者が、敗戦後は一転して、薬、食糧などの横流しのための「宝の山」として患者を食いものにしていった。

この歪んだ現実が、正義感にもえる純粋な青年の心をとらえずにはおかなかった。前出の堺好明氏などの影響もあって、療養生活の改善に、自治会の創立者の一人となって活躍した。そのあとも患者運動の全国統一をはかるため日本患者同盟の創立に尽力し、創立後は中央委員として日本の結核対策、医療保障、社会保障のたたかいに献身的に力を注いだ。彼が痰コップをもち、電気ゴタツやフライパンをリュックサックにつめて、東京で開かれる日患同盟の中央委員会に参加したという話は、いまでも日患同盟の古い幹部の人たちの語り草になっている。

こんなエピソードがある。

一九四六年、まだ自治会ができたばかりのときであった。

進駐軍の将校が、療養所に「指導」にやってきた。医者も患者も、すべての人を講堂に集めてながながと講話をはじめたときである。一人の患者が、とつぜん立上った。そしていった、

「話はよくわかった。わたしたちがいま一番関心のあるのは食事のことだ。明日のめしのことだ。めしの問題はどうなるのか。」

まさか、というできごとがおこったのである。進駐軍の将校も、医者も、患者も、いちようにおどろいた。

当時天皇よりなお權威をもっていたのが、進駐軍だったのである。その進駐軍にむかって一患者が、おくせず、しかも講演を中止させるかのような形でものをいったのであるから、誰しもが驚ろくのは無理からぬことであった。

この一患者こそ、だれあろう朝日茂氏だったのである。

このような、まるで闘志の固まりのような朝日茂氏も、はじめて会った人は、「この人が、人間裁判の朝日さん！」とびっくりするほど庶民的な、あけっぴろげの人であった。

生活を確かにし、幸せを奪おうとするものに対しては、非妥協的ではげしいが、逆に友人たちには、思いやりのある暖かい心の持主であった。いつも友人たちの身边に気をくぼり、寝ながらいろいろな相談にのったりしていた。

話好きで議論もするが、冗談もよくいった。古い諺を縦横に駆使して笑わせながら、自然に人の心をとらえてゆく魅力、その組織性は抜群であった。

また非常に几帳面な性格で、世話になり交流のあった人の住所は克明に記録しており、遺書には、「かならずお礼をのべてくれ、書き落してはいけないから、書いた先から横線を引いて消し

ながら確認してほしい」などと書きしるし、死後の挨拶文まで用意をしていた。

激励の手紙にはかならず自分で返事を書き、その数は約一万通にのぼる、といわれている。まさに驚嘆すべき数である。

実践家であり理論家である彼のことは、もはや紹介する必要もないが、たとえば、

「見舞いにかけてくださる人が、『朝日さん、一日中じつと寝ていたらさぞかしたいくつでしょう』と書いてくださる。それは私の生活の実情をよく知らないからである。私は夜がきて日が暮れば、早く夜が明ければよいと思うくらい、毎日毎日がいそがしいのである。

行政訴訟をおこして巨大な国家権力を相手に闘おうとすれば、なみたいでないことではないのである。勉強し、学習しなければ、とうてい闘うエネルギーは湧いてこないことである。政治・経済・法律・文化と、つぎからつぎへ勉強していかなければならないことを私は今度のたたかいを通して痛感した……。」と書いているように、遅れてはならないと、つねに学習にはげんでいたのは印象的であった。

もっとも印象に深いのは、氏が息を引きとったときの書見器に、「法律時報」がはさまれていたことである。最後まで彼は、学ぶことと、たたかうことを放棄しなかった。そして学んだことを私物化しなかった。

「権利はたたかうものの手にある」、朝日茂氏が尊敬していた法学者の一人、イェーリングの言葉にもあるが、朝日茂氏自身、多くの先覚者にまじって節を守り、その生涯を、人間の尊厳を

守りぬくために捧げたのである。

二 朝日訴訟の動機と一審判決

日本の、社会保障運動の夜明けを切り拓いたといわれる朝日訴訟は、一九五七年八月、朝日茂氏の提訴によって開始されるが、訴訟にいたるまでの法的な経過をふくめると、すでに一九五六年八月、岡山県知事に対して行なった不服申立によってはじまった、とみるのが正しい。

よく知られていることではあるが、訴訟は、次のような経過で展開された。

朝日茂氏が療養していた一九五六年当時、生活保護で入院した場合、医療扶助の現金給付である日用品費は、一ヵ月、わずか六〇〇円であった（朝日訴訟運動によって、現在では二〇倍ちかく増え、一万二四一〇円となっている）。この六〇〇円の中には、表5のように、シャツ、パンツ、タオルなどの衣類から、足袋、下駄、草履、縫針、湯呑などの身の回り品、理髪料、石鹸、歯ブラシ、歯ミガキ粉、体温計、洗濯代、チリ紙などの保健衛生費、葉書、切手、封筒、新聞、鉛筆などの雑費まですべてが含まれている。

ところが表5で明記されているように、シャツは二年に一着であり、パンツは一年に一枚、タオルは一年に二本という内訳である。

普通の生活をしていれば、シャツが二年に一着で間にあうはずはない。まして患者の場合、一日中身につけていなければならぬ絶対必需品であり、特に発熱時や夏季などは、ひんばんに着

替えなければ不衛生であり病氣にも悪い。

その他の費目についても、いずれおとらず非常識な組まれ方で、法廷でも追及されるが、明らかに必要に応じて組まれたものでなく、割りだされた金額に振り当てたものである。

そのようなものであるため、病院給食が悪く、補食するために栄養をとろうと思つて卵か牛乳でも買おうものなら、それだけでも六〇〇円は尽きてしまい日用品を買うどころではなくなる。結局、どちらかを切りつめる療養生活が強いられていた。

朝日茂氏も、そうした生活を強いられた一生活保護患者であった。

朝日茂氏が訴訟をおこしたころの日本の情勢は、既述のように、アメリカがおこした朝鮮への侵略戦争が敗北し、いままです軍需景気でうらおつていた経済事情がいきよに悪化し、勤労市民がそのしわよせを集中的に浴びていたのが特徴であった。このため政府は、大資本にテコ入れしてこの経済危機を切り抜けるか、あるいは、失業者や低所得者をはじめ、不況の圧迫を受けている勤労市民の生活、社会保障政策を優先させるか二者択一を迫られていた。

しかし時の自民党吉田政府は、前者を選んだ。そのため、社会保障に対する圧迫が急速につよめられた。中でも生活保護に対する引締めは、目にあまるものがあった。

わずかの収入があつても保護を打ち切る、扶養者がいれば有無をいわず一部負担をかける、という理不尽な行政が行なわれた。朝日茂氏の場合も、二〇年近くはなればなれになつていた実兄を福祉事務所が見つけたし、外地から引揚げてきたばかりで生活の貧しいその兄に、月一五〇

表5 入院患者の日用品費内訳（1ヵ月）

品目	年間	月額
衣類	肌着 2年1着	16.66円
	パツ 1枚	10.00
	補修布 4ヤール	43.33
	縫糸 30匁	8.75
手拭タオル	2本	11.66
身廻品	足袋 1足	12.50
	下駄 1足	5.83
	草履 2足	21.66
	縫針 20本	0.32
湯呑	1個	1.00
保健衛生費	理髪科 12回	60.00
	石ケン（洗顔12ケ・洗濯24ケ）	70.00
	歯ミガキ粉 6コ	7.50
	歯ブラシ 6コ	7.50
	体温計 1本	8.33
	洗濯代	50.00
	チリ紙 12束	20.00
衛生綿（女子の場合理髪資料を当てる）		
雑費	ハガキ 24枚	10.00
	切手 12枚	10.00
	封筒 12枚	1.00
	新聞代	150.00
	用紙	20.00
	鉛筆 6本	5.00
お茶 3斤	40.00	
その他		8.95
計		600.00円

○円の仕送りを命じるのである。ところが、生活保護患者の日用品費の基準は六〇〇円と決まっております、それ以上は認められなかった。

したがって実兄からの送金一五〇〇円は、六〇〇円を残し、医療費の一部負担として九〇〇円を国が取上げてしまったのである。つまり朝日茂氏の生活は、実兄から送金されるまでの状態と、何の変化もおこらなかったのである。

そこで朝日茂氏は、この非人間的な行政の措置と、その根底にある基準の低さは、「憲法第二五条の理念に反し、国は憲法を守ろうとしない」と抗議し、「生活保護で入院している患者には、生きていくため、ぎりぎりあと四〇〇〇円は必要だ。せめて日用品費は一〇〇〇円にしてほしい」と要求して、訴訟を決意するのである。

もちろん訴訟にいたるまで、生活保護法第六四条にもとづいて岡山県知事に不服申立を行なう。それが却下されたのでただちに厚生大臣にも不服申立てを行なう。しかしそれも却下されたため、最後のよりどころとして、一九五七年八月、生活保護法第六九条にもとづき、国・政府を相手டுத்துて行政訴訟をおこすのである。

“人間らしく生きる権利のたたかい”は、こうして本格的な出発をみることになった。

訴訟がはじまると、躊躇することなく取り上げたのは、朝日茂氏が所属する日本患者同盟であった。そして、生活保護者の組織である全国生活と健康を守る会連合会（全生連）や、全日本自由労働組合（全日自労）がつづいて支援に立ち上った。

やがて「貧困層や底辺労働者の生活が改善されないと、組織労働者の生活条件や賃金も上昇しない」といった論理で、組織労働者の中へも浸透をはじめた。

第一審の判決は、一九六〇年一月十九日、東京地方裁判所浅沼裁判長によってされた。訴訟を提起して三年目である。当時の情勢は反合理化闘争、警職法改悪反対闘争、国民的規模にひろがった安保闘争など、歴史に残る諸闘争が大きく高揚していた時代である。そのような時代背景の中で第一審判決は、朝日茂氏の主張を全面的に認めたものであった。

第一審の判決は、要旨、次のようなものであった。

「一、生活保護法は、憲法第二五条の規定する理念にもとづいて、国に国民の最低生活を具体的に保障する法律上の義務を負わしたものであり、たんなる訓示的・方針的な規定でなく、具体的な効力規定である。

二、健康で文化的とは、たんなる修飾でなく、「人間に値する生活」「人間としての生活」といいうる内容でなければならない。

三、最低限度の生活水準を判定するについては、いわゆるボーダー・ライン層に属する人々が現実維持している生活水準をもってただちに生活保護法の保障する「健康で文化的な生活水準」にあたりと解してはならない。

四、厚生省証人・末高信の証言によれば、この層に属している人々は相当におよび、その多くは、何年に一枚の肌着で安んじ、はだしで走りまわり、歯みがき、歯ブラシも使わず、用を

足すにも紙をもつてなし得ないというような状態をつづけながらも、なお一応の健康を維持して生活をしているというのであるが、健全な社会通念からいえば、これらの生活がはたして健康で文化的な最低限度の水準に達しているかは、はなはだ疑がわしい。

五、また、最低限度の水準は決して予算の有無によって決められるのではなく、むしろこれを指導支配すべきである。

六、日用品費の費目を詳細に検討してみると、入院中所の患者にとり、現実に不可欠なものとして多くの患者が要求するものは、修養娯楽費、ペン、インク、ノート、男性の場合クシ、カミソリ、クリーム、メンソレなどがある。

これらのうちとくに修養娯楽費についていうならば、療養の効果的な治療に患者の精神的、心理的要素が重大な関係を有することは周知の事実であり、特に長期にわたって療養をつづける患者にとっては、宗教書、その他の精神的修養に関する書物を読んだり、文化的サークル活動に参加したり、適切な娯楽を得ることによって、単調な長期療養生活に耐えるための精神的支柱を見出すことが必要であるといえることができる。

七、いかなる栄養価に富む給食であっても、それが事実患者にとって摂取不能のものであつては何にもならない。給食を患者にとって摂取しやすくするためには、感じのよい食器を使用したり、温食給食を確保したり、盛付を美しくするなどいろいろな配慮が必要であるが、なかでも最も重要なことは、すべての、あるいは大多数の患者が少くとも治療に必要な最少限度の

栄養量を摂取できるような十分な配慮をすることであろう。

本件の場合、補食は、原告の健康の維持、治療の促進のために必要不可欠である日用品費として、補食費をまったく考慮しなかったのであるから、この点についても生活保護法に違反することは明らかである。……」（傍点筆者）

第一審判決は、戦前戦後をつうじて、日本の社会保障関係訴訟で、憲法第二五条に関連して勝訴を得たはじめての判決であった。とりわけ、判決文のずい所にてくる、「患者」「医療」の文字が示すように、憲法第二五条を基盤においた医療判決としても、わが国最初のものといえよう。

しかも判決は、憲法第二五条が規定する「健康で文化的な生活」を営む権利は、国に対する国民の具体的な請求権として生活保護法の上で認められており、国は国民に対して、法律的な義務として、「人間としての生活」を現実には保障すべきである、と述べ、「人間とは何か」を展開して冷酷な政治を批判した、きわめて人間性豊かな画期的な内容といえるものであった。

「社会保障は国民の権利である」とうたったわが国最初のこの判決が、高揚期にはいった社会保障闘争に大きな勇気と確信を与えたことはいまでもない。勝利の判決は具体的に影響しはじめ、生活保護基準は前年度比二三％という、生活保護立法以来の大幅な引上げが行なわれ、問題の日用品費は四七％も上った。そしてこの年、国家予算に占める厚生省予算の比率もいままで最高となった。

この勝利はまた、のちに健康保険法による受給権で争っていたいわゆる加藤健保事件や、新潟の医療労働者の不当弾圧をはねかえす裁判闘争の勝利にも影響した。さらにこの年、秋から全国的にひろがった医療労働者の「病院スト」など、医療と生活を守る諸闘争のつよいはげましとなったのである。

三 一審判決

第一審の勝利の判決によって、朝日訴訟運動の意義はいっそう大きく評価されるようになった。同時に、運動面も一部の労働組合や日患同盟、全生連、全日自労などの支援をのりこえ、その他の労働組合、民主団体の中へ輪をひろげていった。

しかし一審判決を受け入れれば、社会保障政策を根本的に転換しなければならなくなる自民党政府は、世論の集中的な批判にも耳をかすどころか、第一審判決を不満として、子期していたように、最重症状態の朝日茂氏を東京高等裁判所に控訴したのである。

この無謀な控訴をはねかえすために、東京では、総評、日教組などの労働組合をはじめ民主団体が参加して朝日訴訟中央対策委員会を結成した。このような統一行動の前進した姿も第一審判決の成果による面が大きかった。

運動を支える側に、まだ「重症の朝日さんを守ろう」という同情的なものも多分に残ってはいない。だが、何よりも朝日訴訟が、もはや患者、生活保護者だけの問題ではなく、社会保障の給付

や最低賃金制との関係、農・漁村・産炭地の問題、生産者米価との関係、税金との関係などと、あらゆる方面に深くかかわりあっていることが、労働者・農民、一般勤労者の間に理解されはじめることによって、支援の質が変わってきた。運動は文字どおり新しい段階にはいっていた。

一九六〇年六月から一二月までの代表的な社会保障運動は、一九六一年度の発足をめざす「皆保険・皆年金制度」に対するはげしい反対のたたかいであった。六一年にはいると、一九六〇年からたかまってきた小児マヒから子供を守る母親や、新日本医師協会（新医協）らのたたかいが全国的にくりひろげられ、ソ連ワクチンの輸入という両期的な成果をあげた。また病院ストもひきつづき発展し全国にもえひろがった。

これらの諸闘争の中で、「健康で文化的な生活を国民の権利として要求しよう」という合言葉が生れ、また、労働組合、民主団体の社会保障方針の中に憲法第二五条の条文が散見されるようになった。朝日訴訟第一審判決の内容が具体的に浸透しはじめたのである。

このようにして社会保障運動のなかに、生きる権利を主張した朝日訴訟の思想が定着していった。

だが二審段階の運動は、朝日訴訟運動自体は大きくひろがったが、民主運動全体としてはかつてないきびしい情勢をむかえていた。国民のはげしい反対をおしきって締結された日米安保条約後の体制の中で、民主主義運動に対する分裂と干渉が、体制側によってするどくもちこまれ、平和運動が分裂し、労働運動の中にも統一に大きな影をおとした。

朝日側の敗訴となった第二審は、この、ある意味で戦後民主主義運動の新しい曲り角に立った情勢そのものとの関係をぬきにして考えることはできない。

一九六三年一月四日にでた第二審判決は、「すこぶる低額だが、違法とまではいえない」という矛盾にみちた内容であった。その大略は、

「一、健康で文化的な生活水準という概念は、抽象的であって具体的な内容は厚生大臣の積極的な施策にまつほかはない。

二、わが国の国民所得および歳出予算にたいする社会保障費の比率は、欧米の若干の国におけるものより、比較的少ないことが認められるけれども、これとて、それぞれの国の社会保障の内容やその背景をなす国情などを明らかにしないで、ただちにわが国の社会保障額が違法であると断定することはできない。

三、生活保護基準は、国の財政その他国政全般についての政策的考慮を経て立案されたものである。特に社会保障費につき、一定の必要額を認めながらことさらそれを必要以下に削減したものと認められない。なお生活扶助の額は、義務費として必要に応じて支出され、年次歳出予算の総額に拘束されることはない。

四、生活保護のための費用は、納税をつうじて国民が負担するものである以上、国民感情も無視することはできない。

五、政府の決めた日用品費で入院入所中の生活に必要なものは一応そろっている。そのうえ

朝日側の要望もうけられるほど生活保護法で保障する入所患者の生活が高度の水準を意味するものとは解されない。

六、現実の給食においては、治療上必要な栄養が十分摂取できない事態のおこるであろうことは否定できない。だからといって、それを保障するほど、生活保護法のもとの給食水準は高度のものではない。

七、このような集団給食に伴う欠陥を解決するための別途の補食ということは一般の社会保険でも給付の対象としていないのであるから、その費用としての補食費を生活保護患者に給付すべきものとすることも疑問である。」

以上にみるように、第二審判決は、一審判決を真向から否定するものであった。第一に生活保護受給患者の実態から遊離していた。

中でも一貫した特徴は、政府の政策を弁護、擁護しているだけでなく、生活保護法を恤救として考え、差別観に終始していることである。

とりわけ補食に関連して述べている部分でも、「社会保険でも給付していないから、ましてや生活保護で給付されることはない」とのべて、はっきり社会保険と生活保護の処遇上の差別を肯定するのである。二審で行なった、朝日側の寺坂証人（医師）の「食欲不振の患者には治療薬を与えるわけだが、生活保護患者の治療方針は、急行や準急のようには遇されず『三等鈍行方式』といつて、かなり制限があり、五八年当時は胃散を使うことさえも制限されていた」と指摘した

その「生保―鈍行」方式を公然と認めるのであった。

生活保護法の第一条には、「この法律は、日本国憲法第二十五条に規定する理念にもとづき……」とあるが、第二審判決はその理念をふみにじり、むしろ、いまから三〇〇年も前のエリザベス救貧法（イギリス・一六〇一年）の精神、情民論の影響をつよく反映した内容であった。

憲法の番人としてはまさに適正を欠き、司法と行政の癒着ぶりを浮きぼりにした判決であった。したがって、朝日側の証人として立った医師たちの、「人間として対処する医療観」も、二審裁判官たちには通じなかった。

二審判決は、一審で確立した、健康権・医療権への挑戦でもあった。

マスコミは口を極めて、この辻つまのあわない政治的な判決を批判した。

この判決は明らかに、政治権力に従属した裁判官の、歴史に汚点をのこす敗北の記録となった。だからこそ、二審の判決によって、運動は動ようも後退もしなかった。

事実、このすこぶる政治的判決は、労働者・勤労国民の中に権力裁判の実態を暴露し、従属的判決を書かせた政府と、これを書いた二審の裁判官を非難する世論をつくりあげた。この点では運動全体にはかえってプラスの効果さえ生んだ。

朝日茂氏は、直ちに最高裁へ上告した。しかしその判決の結果も、その後のすばらしいたたかいの高揚をもみることなく、一九六四年二月一四日、反動的な二審判決に抗議しながら、不滅の業績を残してその生涯を閉じたのである。

朝日茂氏が亡くなってからも、朝日訴訟闘争は、養子健二・君子夫妻をはじめ、生活と権利を守るためにたたかう多くの人々に引きつがれて前進をつづけた。運動は「同情支援」から、「自身自身の権利をまもる運動」へとはっきり質的に変化して前進をはじめた。

朝日茂氏が亡くなって一年後、各地で盛大な追悼集会が開かれた。

福岡の集会では、一患者の、次のような哀惜をこめた感動的な詩が紹介された。

あなたは風

ぼくらの病室の 窓という窓を ことごとくゆりうごかし

ま近かに 権力の あついとびらを 告発する

あなたは火

あどけない 少女のうすい胸にも 血を咯きつづける 油のひたいにも

はげたベッドの 鉄をにぎりしめる 骨ばった掌にも

うつろに見ひらいた 瞳の底にも

あなたは そそぎこむ 生きる力と 権利のよびごえを

人間の尊厳を あなたは ふきこむ

生きることは たたかうこと たたかうことが 生きること

なにものにもまさって 人間であった あなた

ひとりは万人のために 万人は ひとりのためにあった あなた

血のさいごの一滴まで 光にみちみちた あなた

大地は ゆるぎない 人間をそだてる

霜どけの 露が いちめんじんに 真珠のようにかがやく この朝よ

いま わたしは 貧しい冬菜がつけた金色の花を 大地から うけとり

わたしは あなたに ささげる

そして あなたにむかって 宣誓する

火は かならず うけつぐ と（国立福岡東病院・岸田正夫）

第一審・第二審をあわせて朝日側がたてた証人は三九名であり、厚生省側の証人は一八名であった。この五七名という多数の証人によって論じられた争点は、いうまでもなく、「人間とは何か、人間らしい生活とは何か」という憲法第二五条の生存権を基本にした、朝日訴訟と国民生活のかかわりあいであった。

まず憲法第二五条で保障されているはずの生活保護基準の低劣さが問題になり、そしてその低劣さが国民生活とどう関係しているのかが追及された。わが国における裁判の歴史のなかで、これほど量質ともに大規模な社会保障問題を取り扱った裁判があっただろうか。

こうした追及にあつて厚生省側は、「生保基準を引き上げると、生活保護費を基準として算出

している失対事業就労者の賃金、社会保険関係の給付金、身体障害者、児童、母子等の要保護者に適用される社会福祉制度による各種措置費、各種公的年金等についても影響がある」という弁明を公文書をもって裁判所に提出することとなった。

これは生保基準を引き上げると、賃金や社会保障給付を上げなければならない。賃金や社会保障給付を抑えておくために生活保護基準を低く抑えておくのだ、と本音を吐いたものであった。

要するに、基準額は政策的につくられるものであり、生存権保障は二義的であるということを明らかにしたのである。

こうして朝日訴訟の重要性は日とともに明確にされていった。運動のスケールも大きくなった。

映画、演劇、朝日訴訟の歌が生れ、バッジ、ワッペンなどの製作、ビラを除いて一〇〇万近いパンフレット、特集紙（誌）、資料の発行など、多種多様な宣伝がくりひろげられ、数百にのぼる守る会が全国に結成された。日本列島を縦断する朝日訴訟大行進も最高裁段階に入って二度も組織され、一回の行進だけで中央の七六におよぶ労働組合、民主団体が参加し、七一カ所の自治体で交渉が行なわれ、一六九カ所で集会が開催された。

これは「人間らしく生きる」闘いを標榜した朝日訴訟運動へのまぎれもない共鳴の象徴であった。

この時期、生存権擁護を基本にして社会保障闘争は、失対・失保の打切り反対、調整年金、厚

生年金の改悪反対、健保改悪反対等々と、大きなたたかいに発展した。とりわけ健康保険改悪反対のたたかいは、四〇年ぶり、敗戦後はじめてのスト権を確立したたたかいとなった。

朝日訴訟の運動も、この社会保障運動の前進とともに、その中に位置づけられながら最高裁判決にむかって前進していった。

だが運動の昂揚とは逆に、最高裁の判決は、勤労市民にまっすぐ背をむけるものであった。

四 最高裁判決

一九六七年五月二四日の最高裁判決は、一三人の裁判官のうち九人の多数意見として「朝日茂の死亡によって訴訟は終わった」と宣言し、養子健二、君子夫妻の承継を却下した。また、九人のうち八人は、「なお念のために……」という書きだしではじまる傍論で、憲法第二五条に対して、「この規定は、すべての国民が健康で文化的な最低限度の生活を営みうるよう、国政を運営すべきことを国の責務として宣言したにとどまり、直接個々の国民に対しては具体的権利を賦与したのではない」という解釈を示し、具体的権利としては、「憲法の規定の趣旨を実現するために制定された生活保護法によってはじめて与えられ、権利の内容は厚生大臣が最低限度の生活水準を維持するにたりると認めて設定した保護基準による」「その基準は厚生大臣の裁量に委されており、その判断は、不当の問題として政府の政治責任が問われることがあっても、直ちに違法の問題を生じることはない」と、第二審判決を支持したにとどまらず、逆に補強するような内

容であった。

つまり判決は、「憲法は個々の国民の生存権を保障したものである。すべて行政は自民政府にまかせられたものである」と、政府の行政を擁護し、激励した悪質な内容であった。

中でもとくに露骨な意見をのべたのは田中二郎判事であった。田中判事は、「訴訟の承継はできる」と承継権は認めながらも、中心問題については多数意見同様、憲法第二五条の生存権条項はいわゆる「プログラム規定」にすぎず、生活保護法ではじめて権利となる、ただしそのばあい、厚生大臣の決めた水準が前提になると強調し、さらにすすんで、「生活保護法によって保障される保護の程度は、社会生活において、近隣の者に対し見劣りや引け目を感じさせない程度の生活を営みうるまでに潤沢なものではあり得ない」とまで断定し、保護が、近所の人とくらべて「見劣り」するもの、「引け目を感じさせ」るものでいいというのである。

明らかに、国民相互の間を分断する差別の思想である。これが「最高裁」の裁判官の考え方なのであった。

朝日茂氏は、そして多くの被保護者は、この低い生活保護基準によって生命をちぢめられたのである。一九六六年、もっていた冷蔵庫を売らないと保護を打ち切ると強要され、抗議して心中した八尾市における母子の事件、同じくそのころ浅草で、佐藤首相に保護基準の低劣さを抗議して自殺した老人の問題をはじめ、低劣な保護基準額のために尊いのが、つきつきと奪われていた。最高裁判決は、生活保護患者や病人のみならず、尨大な低所得者に低水準の生活を強制し

たようなものであり、また、憲法第二五条の生存権をふみにじったものとして、広汎な労働者、勤労国民への挑戦であった。

反響も大きかった。各新聞には投書が集中した。

渡辺信夫という牧師は、「こんどの最高裁判決は、予想のひとつではあったが、私はあえてそう考えまいとしてきた。なぜなら国民の信任を得ているはずの裁判官が、このような卑怯な判決を下すと予想することは、その人格に対する侮辱だと思われるからである。だが結局、これらの裁判官たちは、自らの人格を侮辱した。キリストに判決を申渡して手を洗ったピラトの無責任さを私は思い起さずにはおれない。……」（朝日新聞「五月二〇日」）。また療養者齋藤治夫氏は、「毎日をぎりぎり以下の範囲で生きている生活保護患者の私は、二十四日朝日訴訟に対する最高裁判決を、言いしれぬ失望と憤りにつつまねながら聞いたひとりである。朝日茂さんと同様に、社会の底辺にあって生きることの苦しんでいる病人や生活貧窮者は、朝日さんの死とともに消滅したのではないことを私はまず訴えたい。……」（朝日「五月二〇日」）。また、たいまつ新聞主幹・むのたけじ氏は「死の判決である、と思った。つまり最高裁は自殺した。そしてかれらは死ぬことによって、朝日茂さんの訴えは一層いきいきと生きた。たたかいはここからはじまる。」（人間裁判「二〇〇号」）

朝日訴訟が終ったあとも、たたかった人びとの中には、怒りは残っても敗北感はなかった。それは、貴重な成果が人びとに評価され歴史にきざまれたからである。

五 成果と教訓

一九六一年から、朝日訴訟運動の軸となって活躍した「朝日訴訟中央対策委員会」は、最高裁判決のあと、一〇年にわたる運動を総括するとともに、記念事業の一つとして「記念碑の建立」、「運動史の出版」に、引きつづきとりくむことを決めて閉会した。

その閉会総会のむすびで「朝日訴訟という裁判は終わったが、人間らしく生きること、健康で文化的な生活を権利として主張し要求するたたかいは決して終わったのではなく、いっそう重要になっている」と強調しているが、事態はそのとおり動いている。

「財政の危機」を錦の御旗に、「福祉見直し」の名で社会福祉、社会保障を切り捨てようという動きのある今日、いまほど朝日訴訟の教訓が、現実的な応用をもとめられているときはない、といえよう。

閉会総会でまとめられた、一〇年の運動の成果と教訓は、およそ次の点であった。

第一には、憲法第二五条の理念をうけた生活保護法の改善要求をつうじて、社会保障は国民の権利である、という社会保障の思想を明らかにしたことである。

生活保護を何か一種の恩恵と考えがちな国民感情のおくれと、そのおくれた意識の上にあぐらをかいている国・政府に対して、安静度一度という重症の朝日茂氏が、その懐柔と威嚇に屈することなく、身をもって示したこのたたかいは、人間が人間らしく生きる、ということの意味を確

立した。そしてそのたたかきをつうじて、「よらしむべし、知らしむべからず」の厚い行政の壁をつきくずし、「ながいものにはまかれろ」的な行政に対する絶対観や、あきらめの思想をうちやぶって人権意識を育て、「権利はたたかうもの手に」あることを実践的に定着させたのである。

であればこそ第一審の勝利の判決以降、権利としての社会保障闘争が、大きく前進するのである。

第二には、一〇年というながい運動の過程で、生活保護基準の低さと、その低さに代表される日本の社会保障水準の低位性を明らかにし、それにとどまらず、その国定の「健康で文化的な水準」ともいえる低劣な生活保護基準が、日本の低賃金構造にどのように役割を果しているか、その相互関係を、法廷の内外で明らかにしてきたことである。

そして国の予算が、独占資本をまもるための費用と、防衛という名の龐大な軍事費に優先的に使われるため、社会保障、社会福祉のための費用がいかに圧迫されているかも明らかにし、憲法第二五条の意図的な空洞化を、具体的な事実をもって指摘・批判してきたことである。

第三には、一〇年の運動のなかで、具体的な成果をおさめたことである。物価上昇の率とくらべるときわめて不十分ではあるが、数次にわたって生活保護基準および日用品費を改訂させたことである。とりわけ訴訟の出発点ともなった日用品費は、生活扶助基準をつねに上まわって引上げられ、最高裁判決の時点でも、扶助基準は、一〇年間で約六倍であるにかかわらず、日用品費

は一〇倍になったのである。

もちろん、生活保護基準額の引上げにともなって影響をうける、賃金や社会保障の給付もそれぞれ引上ったことはいかにおよばない。

なお訴訟の過程で追及され、特に第一審判決で指摘されていた教養文化費の計上問題や、あるいは「必要即応の原則」を規定した生活保護法第九条の具体化問題は、前者は国立療養所において、後者は、障害者加算として実現したのである。

第四には、「朝日茂さんは、めぐまれぬ生活保護受給者を代弁して訴訟をおこした。敗訴にはなったが、この訴訟は、社会保障をかなり前進させ、憲法の理念をあらためて国民に考えさせる一石となった」と、最高裁判決のあと新聞などの論調（「朝日新聞」天声人語）にもあらわれているように、憲法の存在、特に憲法第二五条、それと直接関係のある第九条、その他憲法に対する一般の関心を大きく高めたことである。

第五には、医療と福祉の統一的施策の必要性を明らかにしたことである。

日本の行政機関の構造をみると、問題別に独立し、縄張りに仕事を制限するのが特徴の一つとしてあげられる。

医療の分野だけについてみても次のようになっていた。先ず、体系的に予防・治療・後保護、と分離独立している。

医療保障では、医療保険―保険局、生活保護―社会局、育成医療―児童局、公費医療―公衆衛

生局、という形で分離している。医療制度も、国立病院・療養所―医務局、保健所―公衆衛生局、大学病院―文部省、などと管轄がわかれている。

このような官僚機構が従事者を束縛し、それらの人が硬直した行政によってその機構を固めてしまう。そしていっさいの犠牲は国民にしわよせされるのである。

「心臓病の子供を守る会」の医療費保障にまつわる交渉の経過をみると、最初児童局に行つて要請を行なった。そこではそれは医務局の管轄だといひ、医務局にいくと、社会局に行けといわれ、社会局は児童局の問題だといつてお互いに責任をなすりつけている。

もし、心臓病の子供を守る会が、このたらい廻しにこりて諦めていたら、心臓を病む子供たちの育成医療への適用は実現していなかったであろう。

内容的に少し違うが、難病に対する公費医療についても矛盾がある。一般的に公費医療というと、医療費だけで生活の保障もなければ、病院に通院する移送費も保障されていない。極端に言えば、病院に通うなということになってしまう。これなども、医療は医療、福祉は福祉というように切りはなしてしまい、一元的にとり扱おうとしない難病対策の弱点といえよう。

このように医療と福祉を結合させる努力は、政策的にも未熟そのものであり、意識的に避けている場合すらある。

朝日訴訟は、こうした矛盾に、具体的に対決して取りくまれたものである。くり返すまでもなく、朝日茂氏は、生活保護受給の患者であった。そのため、生活保護法上の医療処遇をうけてき

た。

福祉的処遇は一ヵ月わずか六〇〇円であった。この六〇〇円でチリ紙も買い、タオルも買い、下着も、ねまきも買い、新聞もよみ、そして血痰をだしたり熱のあるときはその中から卵や果物の補食をしなければならなかった。生活保護患者にとって六〇〇円は所得保障のすべてだったのである。

医療保障と生活保障が結合されてこそ、病気の治癒が促進される。この点を朝日茂氏は自己の生活体験をとおして指摘し、「これでは生きていけない」と、憲法第二五条を楯に、その実施を請求して訴訟をおこしたのである。

そのような観点でみると朝日訴訟は、疾病と貧困の因果関係をつき、医療と福祉のふかい隔たりを具体的に追及し、その結合を求めた訴訟であった。

日常問題から制度の改善まで、戦後の医療制度なканずく結核対策に新らしい火を点じた日患同盟が、「生活保障を含む予防・治療・後保護の一貫した結核対策の確立」を大会の方針に据えたのは、まさに朝日訴訟のたたかいはじまってからであった。

朝日訴訟は、日患同盟に患者運動の理論をすっきりさせ、広い視野と展望の基盤を与えたのであった。

その理念はそのまま、現在の患者運動全体が学んでいる点である。

以上の五点のほか、閉会総会では、生活保護基準額の低劣さをつうじて福祉の貧困や、政府の

いう「福祉国家論」が、いかに偽瞞性をもっているか、そしてなぜこのような方針をかかづているのかそのねらいなどを明らかにしたこと。

また数次にわたる日本列島縦断の行進を組織して統一行動を成功させ、その成功をつうじて民衆勢力の団結と統一のために、一定の役割を果たしてきたこと。さらに、権力裁判の本質を明らかにし、法廷内闘争（公判闘争）と、法廷外闘争（大衆闘争）との理想的な結合をはかって、裁判闘争の典型をつくったことなどが、特徴的な成果としてあげられている。

このほかにも閉会総会ではとりあげられなかったが、承継問題をはじめ最高裁の審理にのせ、少数ではあるが、承継権をみとめる意見をひきだし、将来にむけて貴重な一石を投じたこと、などがあげられている。

日時の経過とともに、その成果は今後とも書き加えられていくことであろう。

六 朝日訴訟につづくもの

朝日訴訟の成果や教訓が、今日、どのようにうけつがれ、生かされているかは、興味ぶかいところである。

もっとも顕著なのは、朝日訴訟運動の成果の第一にあげられている国民の中における権利意識の浸透である。とりわけ人権意識の定着であろう。権利はたたかっただけでなく、権利はたたかちとられるものである、という教訓の浸透である。

明治七年に制定された恤救規則以来、日本の「社会保障」政策は、思想的には慈善、治安的には懐柔策として政治、経済方針を遂行するために役立ってきた。この中には、貧乏も病氣も、個人の責任として転嫁され、多くの国民はその方針に忍従させられてきた。

やがて敗戦後の民主主義運動の中で、新憲法が実施され、生活保護法も憲法第二五条の理念をうけて改正された。公的扶助に、権利保障が一応確立することになったのである。

しかし、日米安保条約が締結され、高度経済成長政策、軍国主義復活路線の推進とともに、社会保障政策もまたその政策維持のために骨抜きがはじまった。

こうした歴史的背景の中で、一九六〇年より七〇年代にかけて、社会保障運動のなかでも、朝日訴訟の教訓をベースに、裁判を一つの権利回復のための武器として行使する動きが生まれ、活発になってきた。とりわけ、朝日訴訟が終る前後から、社会情勢の悪化とともにひろがってきたのが特徴である。

社会福祉、社会保障の分野では、朝日訴訟と並行して争われた栃木の加藤悦夫氏による、療養の継続権を争った健康保険受給の訴訟がある。朝日訴訟が終ってからは、長期療養者の経済状態を無視し、公文書の偽造まで行なって医療費の一部負担を取り立てようとした療養所当局の不当に抗して、大阪の神坂哲氏がおこした訴訟。そして北海道の牧野亨氏による「老齢年金の夫婦受給の制限を違法としておこされた」福祉年金訴訟。「母が障害福祉年金を受給していたからといって、子のための児童扶養手当の支給を拒んだ」ことに端を発し、「同じ母子家庭でも健常者の

母なら、また、同じ障害者でも父なら児童扶養手当が支給される」という差別を指摘し、障害福祉年金と児童扶養手当の併給を求めて行なった、神戸の全盲の障害者・堀木文子さんの訴訟。また、岡山の宮公氏によっておこされた老齢年金と普通恩給の併給制限を不合理としておこされた訴訟。牧野氏と同じような趣旨で行なわれた松本訴訟。障害福祉年金と老齢福祉年金の併給を求めた中村訴訟。宮氏と同様の趣旨で行なわれた萩原訴訟。「老齢福祉年金を受給しているから併給ができない」といって、戦傷者の夫の死亡後、遺族扶助料の支給を中止した」ことに抗議して行なわれた北海道の岡田訴訟、等々の、いわゆる一連の年金訴訟がある。

その他「家庭内の事情を無視して、生活保護の受給を認めようとしなかった」ことに抗議して行なわれた、東京の藤木アヤさんの訴訟。同じ藤木さんによって、生活保護受給者にも裁判を受ける権利があるとして行なわれている二次訴訟などがある。すべてに共通しているのは、いまままで泣き寝いりしてきた人たちが、「人として生きる権利」を主張して立上ったという点である。

また公害訴訟の分野でも、富山のイタイイタイ病、熊本や新潟の水俣病、四日市ぜんそく、大阪国際空港騒音、新幹線騒音等の大気汚染、水質汚濁に対する公害訴訟、森永ヒ素ミルク、カネミ米ヌカ油などの食品公害、サリドマイド・キノホルム・コラルジル・クロロキン、そして最近では大腿四頭筋などの薬害訴訟や、精神病患者扱いされて長期の強制入院に抗議した同患者による人権訴訟。ストマイによる後遺症で俗に「ストマイツンボとよばれる難聴は、医療指導が充分でないからおこったもの」としておこしているストマイ訴訟、さらに医療事故に対するものとし

ては、手術後患部に鉗子を置き忘れた手術ミスを追及した訴訟、救急病院の受入れ拒否によって救急車内で患者が死亡したことに対する責任の追及を行なっている「たらいまわし」訴訟等々と、数えあげれば際限がない。

これらの訴訟は、たんに賠償を請求するだけでなく、人権問題として、生存権を側面に据え、企業の責任、あるいは医療政策の根幹を追及し、たたかわれているのが特徴である。

そのほか、家永三郎氏による教科書裁判、一人ぐらしであることのみを理由に公営住宅に入居を拒まれ、それに抗して福岡の三島丈男氏らのおこしている「一人ぐらし入居拒否違憲訴訟」などもあり、「重症の朝日さんがやったのだから、この私にできないことはない」と、身体の故障を押し切って訴訟に踏みきった家永三郎氏の言葉にもあるように、朝日訴訟の教訓が、これらの訴訟と無関係でないことを物語っているのである。

見落としてならないのは、こうした訴訟が、大衆闘争に支えられてたたかわれていることであり、法廷内闘争と、法廷外闘争の結合という朝日訴訟闘争のスタイルが、これらの訴訟の多くにひきつがれ、理論と実践を結合した行動性を反映していることである。

さらにこれらの訴訟のうちいくつかが、第一審では勝利していることとあいまって、国民、すなわち原告をはじめとする同じ立場にある人びとはもちろんのこと、直接関係のなかった人びと、社会福祉団体や従事者の意識を変革させていることも注目される点である。

障害者や老人等の社会福祉団体は、とかく保守的で、民主的なたたかに参加し得ない古い考

え方が支配的であったが、これらの人びとが、古い考えを脱皮し、民主的なたたかいに加わりはじめている。それは、障害者の権利をまもる運動や、老人医療費の無料化運動等を生みだすエネルギーへの点火にもなった。社会福祉労働者が、対象者の人権にめざめると同時に、自身の権利をまもるために、労働組合の結成にふみきっていることも、影響のひとつに数えられよう。

第三章 患者運動の現状

一 患者団体の実体

“病気からの解放” “療養条件の向上” という素朴で切実な願いを実現するために生まれた患者団体が、依然としてふえつづけている。その形態が、全国単位、地域単位、職場単位、病院単位等々と複雑なために、いまだに正確な実態は把握されていない。

また一口に“患者団体”といっても、病院単位でできている“親睦会”もしくは“友の会”の形態から、それらをも結集して地域的に、あるいは全国的にひろがっている運動体としての患者団体にいたるまで、まさに千差万別である。

全国団体とよばれる患者団体にも、会員が五〇名にも充たず、なおかつ支部も有しない患者団体もあれば、日患同盟のように単位自治会だけでも約四〇〇を有する団体もある。また逆に病院単位で二〇〇名近くを組織している親睦会もある。これらをすべて同一線上で論ずることはむづかしい。

したがって本書でいう患者団体は、一応「病気をなおすために、その障害となっている諸問題を個々の力を結集した組織の力で解決し、患者の生存権、医療権を守る運動をすすめている団

体」と、わかりやすい形に整理してみた。

以上を前提にして、一九七五年一〇月、日本福祉大学の谷津啓子、吉田寿美の二学生が行ない、筆者が分析の依頼と相談を受けた調査「患者団体の現状」（以下、調査Aという）と、さらに、一九七七年六月、日本福祉大学大学院生・鈴木勉氏が行ない、筆者がその相談を受け協力した「実態調査」（以下、調査Bという、以下この分析は一九七七年一月現在のものである）をもとに、これらの調査であきらかになった患者団体の実態と動向、および問題点などについてふれてみよう。

調査Aは、『医療相談の手びき』（児島美都子・日本看護協会出版会）の巻末に掲載されていた一七二の患者会、友の会などの名簿から、全国的組織をもつ疾病団体とそれに準ずる団体計八七団体を対象に行なったものである。

調査Bは、調査Aを参考にしながら、全国患者団体連絡協議会、全国難病団体連絡協議会加盟の団体と、両全国組織に加入はしていないが、調査Aでみたかぎり、運動体として実績をもっていると判断した患者団体を対象に行なった。

これとは別に調査Bは、現在一七の都道府県で組織されている、地域難病団体連絡協議会（準備会もふくむ）の現状調査も行なった。

調査Aへ回答があったのは五四団体で、住所を変更したのか、あるいはすでに存在しなくなったのではないか、と思われる九つの団体からは郵便物が返送されてきているので、実質は七八団

体中五四団体、約六九%の回収率である。

調査Bの結果は、最初からのをしぼって行なっているため、七一団体中五五団体と、回収率は約七八%と高かった。もう一つの地域難病団体連絡協議会の調査は、ほぼ九五%であった。

しかし、両調査とも、最終的には、現在患者運動をすすめている代表的な団体からはほとんど回答がよせられ、そのかぎりでも成功であろう。

もともとこの調査は、患者運動の概況を把握したいという希望のもとに行なわれているので、およそ次のような項目が設定された。

- (一) 会の正式名称および設立年月日
- (二) 会員数
- (三) 会費および入会金
- (四) 支部について
- (五) 会の発足のきっかけ
- (六) 会の目標、および目的
- (七) 会の運営および組織体制について
- (八) 協力者の有無について
- (九) 医療機関、行政、社会に対する要望
- (三) 活動上の問題点

以上一〇項目である。

調査Bは、調査Aの調査結果を参考にして、次のような一二項目を設問した。

- (一) 会の名称、設立年月日、会員数
 - (二) 会の構成（総会の開催、支部組織の有無、会の機構）
 - (三) 会の財政（会費、他の収入―国、地方自治体、社会福祉協議会、その他）
 - (四) 会則の有無
 - (五) 機関紙・誌について（名称、発行部数、定期・不定期、有料・無料）
 - (六) 会の活動の重点
 - (七) 定期的に病院、地方自治体、関係中央官庁に要請活動を行なっているか
 - (八) 会がかかえている困難な問題
 - (九) 会がとりこんでいる訴訟の有無（訴訟名、その内容）
 - (一〇) 会の協力者について（設立当時の協力者、現在の協力者と協力の内容）
- （一） 医療ソーシャルワーカー（MSW）について（知っているか、何を期待するか、MSWの資格制度の確立運動に対する会の態度）
- （二） 患者運動の発展のためにはどのような努力が必要だと考えているか
- 以上のように、調査Bの設問は、調査Aの設問とかなり重なりあっている。この重なりあう設問についていえば、その後の変化をつかむうえでより「運動」の実態への接近ができると考えた

からである。

各調査の結果は、設定した問題が充分理解されなかったことなどもあって、かならずしも満足なものとはいえない。それでも両調査をつうじていえることは、①いつ結成されたか、②その動機、③団体結成時および現在の協力者、④どのように会が運営されているか、⑤現在かかえている問題は何か、などの実態と問題点をつかむことができたことである。

それらを順次紹介しよう。

1 結成時と、その時代的背景

調査によって第一に明らかにしたのは、患者団体の設立時の問題である。

年代の順でみると、一九四八年の日本患者同盟の創立を皮切りに、一九五一年、全国ハンセン氏病患者協議会、東京無為会、一九五二年、全国鉄身障害者協会、手をつなぐ親の会、一九五三年、片腎会、断酒友の会、一九五四年、銀鈴会、一九五六年、森永ミルク中毒の子供を守る会、日本原水爆被団協、一九五九年、全国脊髄損傷者連合会、一九六〇年、日本リウマチ友の会、一九六一年、日本糖尿病協会、ゼンソク友の会、モミジ会、一九六三年、全日本断酒連盟、心臓病の子供を守る会、子供たちの未来をひらく母の会、一九六四年、日本筋ジストロフィー協会、重症心身障害児を守る会、小鳩会、全国じん肺患者同盟、一九六五年、三池大災害CO家族の会、全国精神障害者家族連合会、慢性一酸化炭素中毒患者会、一九六六年、脳性マヒ児を守る会、イタイ

イタイ病対策協議会、一九六七年、全国ムチ打ち対策協議会、全国交通災害対策協議会（旧日本むちうち対策協議会）、ナルコ会、一九六八年、がんの子供を守る会、自閉症児親の会全国協議会、全国ヘモフィリア友の会、一九六九年、全国スモンの会、アレルギー友の会、糖尿病友の会、互療会、文園会、痛風友の会、一九七〇年、ベイチェット病友の会、川崎公害病友の会、新らしい医療を創る会、日本予防接種事故防止推進会、日本ベースメーカー友の会、一九七一年、全国職業性有害物障害患者協議会（旧鉛中毒患者会）、全国膠原病友の会、全国腎臓病患者連絡協議会、星陵心臓友の会、コラルジル被害者の会、斎藤病院被害者の会、森永ヒ素ミルク被害児の会、肝炎の会、筋無力症友の会、一九七二年、多発性硬化症友の会、神経痛日本友の会、森永ヒ素ミルク被害者の会、光化学被害者親の会、一九七三年、精神病院入院体験者友の会、てんかんの患者を守る会、未熟児網膜症から子供を守る会、一九七四年、水俣病患者同盟、という経過で登場している。しかし「健康を守る会」のように、主として、薬の宣伝と販売という事業が会の仕事になっているところは、患者運動体ではないと判断し統計から外した。

また、調査Aではとりあげた障害児者に関係する団体も、調査Bではいくつかに制限して対象とした。いうまでもなくこれには問題が残るが、患者・障害者団体の全面調査は、いずれにせよ、今後このこされた課題である。

なお調査Aには回答がなく、調査Bで明らかになった団体、あるいはどちらの調査にも回答はないが、先にのべた基準に照らしてすでに結成され活動している団体は次のとおりである。

東京進行性筋萎縮症協会（一九六九年）、全国腎炎・ネフローゼ児を守る会（一九六九年）、日本リウマチ友の会（一九七二年）、再生不良性貧血の患者を守る会（一九七二年）、ベーチェット病友の会（一九七二年）、全国脊椎披裂（二分脊椎）症児を守る会（一九七五年）などである。その他現在組織の結成準備をすすめている団体に、脊髄小脳変性症患者協議会がある。ただし薬害訴訟などをたたかっている団体をスモンの会のように患者団体に含めると、四頭筋、コラルジル、クロロキン等々の数団体が、現在の患者団体の中につけ加えられる。

また、現在は結成をよびかけている段階であるが、難病のなかでも患者数が少ないため患者会がつくれなかった希少難病者の人たちが、難病者なら誰でも入れる「難病者等の会」をつくろうという動きもみられるようになり、こうして、患者の結束、患者団体の結成は、さまざまな形態で動いてきた。

以上の動向が物語るのは、患者団体が増えていくのが、国民の健康破壊の進行→患者増加の傾向と併行していることである。

特に、一九六〇年代の中ごろから、一九七〇年代中ごろまでの一〇年間にほぼ組織化が集中しているのが特徴といえよう。そのあとはやや下降線をたどっているが、これをいちがいに、団体の組織化が停滞したあらわれであるなどと断定することはできない。むしろ表だった病気はその組織化がすすんだとみるべきではないか。同時に、病人の多い病気は組織化がすすみ、病人の少ない病気は組織化が遅れている、という点も見逃せない。「希少難病の会」の結成の動きなどは、

そのことを裏づけるものである。

また巻末の表でもわかるように、最近では直線的に企業や国を相手に裁判に訴える、というような患者団体あるいは家族の会がふえてきた。これらは、朝日訴訟以降、牧野、藤木、堀木等の社会保障訴訟や、家永教科書裁判、イタイイタイ病や、水俣病などの公害裁判の影響を強くうけたものと思われる。いうなれば一定の人権意識の向上と、従来の運動の枠をうち破った新しい運動形態の発展ともいえよう。

以上のような諸点が、年代を背景としてみた患者団体の動向である。

いいかえれば、一九五〇年代の後半からすすめられてきた「高度経済成長」政策の推進過程で、労働災害、職業病、交通事故、企業公害（大気汚染、水質汚濁など）、薬害等によって国民の健康が急速に破壊され病人が増えたこと。そこで病気の原因を明確にし、その責任を追究しようという抵抗運動が組織されてきたのである。その抵抗運動が患者運動であり、その母体が患者団体である。

“患者が立ち上る”、かつては考えられなかった出来ごとが、このようにひろがってきたのである。

大きな患者団体は、それぞれ発足にいたる経過をもち、また独特の歴史をつづって今日にいたっているが、それらの患者団体を病種型で分類すると次のようになる。

一つは、慢性伝染病疾患で、長期の入院患者（回復者をふくむ）によって組織されている結核

や、ハンセン氏病患者の団体。

一つは、全国膠原病友の会、多発性硬化症友の会、筋ジストロフィー協会や、ベージェット病友の会、再生不良性貧血の患者を守る会、全国心臓病子供を守る会、全国腎臓病患者協議会、日本リウマチ友の会、肝炎の会などに代表される一般的には原因不明、治療未確立の難病といわれる患者（家族）の団体。

一つは、水俣病や、イタイイタイ病、四日市・川崎ぜんそくなどの水質汚濁、大気汚染などの公害による被害者（家族）の団体。

一つは、三池炭鉱被災者や、CO中毒、鉛中毒、交通災害被害者、じん肺など、労働災害による患者（家族）の団体。

一つは、スモン、ヒザ硬直症、未熟児網膜症、コラルジル、サリドマイド、森永ヒ素ミルクなどに代表される薬害・医療過誤による患者（家族）の団体。

一つは、精神障害者（児）や、てんかん病など、特殊な病気の患者（家族）の団体。

一つは、患部摘出のあと疾病の再発予防や、リハビリテーションを必要とする、銀鈴会、互療会、無為会などの患者団体と、やや共通する断酒会など、ほぼ七種類である。

2 結成の動機

病種別にみると以上のように多様に分類されるが、結成の動機はそれほど多様ではない。むしろ

る基本的には共通点をもっているとみるべきだろう。

あえて分けてみると、一つは「友の会」という固有名詞の多いのをみてもわかるように、病気を背負った悲しみと、その苦悩の中から仲間をみつけ、なぐさめあいあげまじあいながら、正しい病気の知識を身につけ闘病の成果を交流していく、という目的で会をつくったというタイプ。この場合も、病院や医師などの示唆によったものと、他の患者団体の動きに影響され自主的に結成したものに分かれる。

もう一つは、病気にかかって医療をうける中で、いろいろの障害や矛盾にぶつかり、そうした壁を組織の力でのりこえようと、その必要性を感じて同病の者があつまり結成にいたった、というタイプである。それとはやや異なる点もあるが、企業や国・自治体にむけての責任追及や、賠償を要求するため組織された労働災害、公害患者の団体も、初期の段階ではこのタイプに属するといつてよいだろう。

調査Aにあらわれた、「会発足のきっかけ」の設問にたいする回答が、その辺の事情を率直に明らかにしている。いくつか紹介してみよう。

「前会長吉原雪子氏の新聞投書をきっかけとして、第一回目の集会にあつまった全国の会員が、各地に支部を結成し、潜在被害者の運動参加をよびかけ、現在にいたっている」（未熟児網膜症から子供を守る会）

「患者が病院の治療をうける上でいろいろな不満や矛盾があり、そうした問題について、医

療関係者を交えて話しあううちに、そうした患者の利益を守っていくために結成した。」(文
 園会)

「サリドマイドその他の薬害によると思われる先天性異常児が多発したが、先例のない事なのでどうして親は生き、子を育てるべきか途方にくれた。そこで、現理事長の飯田氏が朝日新聞紙上で先天性異常児をもつ親の会をつくるべくよびかけた。」(子供たちの未来をひらく父母の会)

「喉頭癌等のために、喉頭摘出手術をうけ、声を失った人々に発声法を指導訓練する目的で発足した。今日現在、国や大病院、自治体に未だ指導機関がない。」(銀鈴会)

「人工肛門造設者が、お互いにはげまし、手術後の療養の仕方の交流、使用器具の改良考案等をして、お互いの生活を少しでも明るくしてゆくために同友の会をつくり、併せて医療費の無料化等につき、国・地方自治体に働きかけを行なうため」(互療会)

「心臓病欠陥を医師から指摘された時の本人のおどろきと家族の苦勞、その結果同じ苦しみをもつ人々が相互に助けあい、励ましあっているというものがその動機」(星陵心臓友の会)

「神経痛患者に対して、正しい治療がなかったため、患者同士であつまり、よい治療を探すために」(神経痛日本友の会)

「一人一人の患者の苦しみを、仲間と全市民労働者のものとし、公害のない明日と、住みよい都市社会をつくること。患者の医療上・生活上の諸要求を実現するため」(公害病患者友の会)

「心臓手術が可能になったが、莫大な医療費が必要という社会的な背景の中で、一人の心臓病の子のことが新聞にのったのがきっかけとなって、親たちの連絡の輪がひろがった」(全国心臓病の子供を守る会)

「原因、治療法がわからない、といわれた親たちが、研究の促進、福祉の向上のための運動をすすめようとして」(日本筋ジストロフィー協会)

「昭和四〇年、精神衛生法の改悪阻止運動のなかで結成された」(全国精神障害者家族会連合)
「終生隔離、患者撲滅政策による非人間的扱いに対する反発、とくに所内に設けられた特別重監房反対運動、治らい薬プロミン獲得、生活擁護の運動がきっかけとなり、らい予防法闘争へと発展した。」(全国国立療養所ハンセン氏病患者協議会)

以上のように、表現はさまざまであるが、いずれも、会員の親睦、病気からの解放、医療と生活の保障を求めている点では共通しているのである。

ここで見落せないのは、マスコミを媒介として交流がはじまったり、組織づくりがはじまったり、あるいは組織の拡大がすすんでいる、という最近の特徴である。情報化時代の患者運動のあり方にとって一つの教訓であろう。

さてそれでは、運動の目標でもあり、またその団体の性格の反映ともいえるべき要求はどうだろうか。調査上あらわれた要求を整理すると、およそ次のようになった。

その一つは、難病団体などの、疾病原因の解明と追及、治療方法の研究、リハビリテーション

医療の確立と、生活保障の要求。

一つは、公害、薬害、医療過誤による患者の団体や、労災関係患者団体の、加害者である国、企業、あるいは医者たちにたいする責任の追及、医療と生活の補償要求。

一つは、社会性のつよい病気の団体による、治療機関や治療スタッフの充実、医療費負担の軽減、生活保障、患者に対する社会的サービスの充実、医療保障体系への予防、リハビリテーションなどの組み入れ要求。

一つは、社会的偏見の除去、患者回復者の社会的うけいれ体制、社会的保障の要求である。もちろん、あえて分類すればこうなるというにすぎない。またとおり、賠償要求をのぞけば、四類とも相互関係はふかい。また、それぞれの患者団体がそれぞれ独自の要求を無数にもっていることもつけ加えなければならぬ。

3 患者団体への協力者

第三の問題は、患者団体にたいする協力者についてである。

調査Aでは、その変化が把握できないので、調査Bによって、結成時と、その後の動向をみることにした。

そこで明らかになったのは、結成時「協力者がいた」と答えている団体は、五五団体の四三団体の七八%であったが、現時では五五団体の五二団体と約九五%にふえていることである。

結成時の協力者は医者が圧倒的に多く、五五団体の三九団体（七一％）であった。その次に多いのは五五団体の二〇団体（三七％）の議員（国会議員・地方議員を併せて）で、次は学者、弁護士、MSW（医療ソーシャルワーカー）であった。

二年後の特徴は、先にのべたようにほとんどの団体が協力者を得て運動をすすめるようになってきていることである。医者の協力は、五五団体の五〇団体と、九一％となり、次の議員（国会議員・地方議員をふくむ）も五五団体の三一団体約五七％と、結成時より二〇％もふえている。次は結成時と同様学者であるが、その次に患者団体が協力を得ているのは、結成時は弁護士であった。現在時点では、医療ソーシャルワーカーの協力が増えている。その数は、五五団体の二三団体になり約四二％である。

協力者に議員が大きく増えているということは、患者団体の政治によせる期待の高まりを示したものの、議員が「患者」に関心を示したものの、いずれにせよ政治の舞台に運動をつうじて患者の要求が反映しつつある証しである。二年間の運動の成果とよぶべきであろう。

協力者の面からみても、今日の患者運動の多彩さが示されているが、ではそれらの協力者が、議員をのぞきどのような協力をしているのかを内容的にみてみよう。

医師の場合は、会の理事や顧問などの役職についている者もいるが、主として研究指導、被害実態調査などに対するアドバイスや、日常的な医療講話、健康管理、自主検診など専門技術的な協力が行なわれている。

こうした医師の協力がふえているのは、医師の民主的気風、社会医学への関心、人権感覚の高まりと無関係ではない。しかもそれは、今日の患者運動の質的な発展と併行していることも無視できない。

弁護士の場合は、いうまでもなく各種公害、医療過誤などの続出によって、責任の追及、補償の要求などの裁判もふえてきたことと関係している。したがって法廷技術をもつ弁護士の登場は必然で、そうした理由での協力が主流である。その他、法律相談の顧問として、協力を得ている患者団体も多い。この傾向は、今後もふえていくであろう。

医療ソーシャルワーカーは、意外に率は低いが、しかし二年間の変化の中にも現われているように急速に接近がすすんでいる。

調査Bでは、その点に留意して、患者と医療ソーシャルワーカー、患者団体と医療社会事業活動の関係について、初歩的な回答を引きだしているのが特徴である。

設問の第一点、「医療ソーシャルワーカー(MSW)についてご存知ですか」に対し、五五団体内中三七団体、つまり六七%の団体が医療ソーシャルワーカーの存在を知っている、と答えている。もちろん逆説的にいえば三三%にあたる一八団体が知らない、ということでもあるが、しかし純粹に知らない、と答えているのは一一団体であと七団体は無回答であった。

したがって設問の第二点、「どんな仕事をしていると思いますか」については、「患者・家族の医療、精神的なよき理解者、生活相談、病院の各種の調査の協力」などと、正確に答えている団

体が三一団体あり、その率は医療ソーシャルワーカーの存在を知っている団体のほぼ八四%近く、医療ソーシャルワーカーの活動の浸透度がうかがえる。

だが、いま日本医療社会事業協会が行なっている資格制度確立の運動への理解度をみると、賛成二八団体（五一%）、わからない一五団体（二七%）、反対一団体、無回答一団体ということである。ただ注目すべきことは、医療ソーシャルワーカーを知っていると答えた団体の七六%が資格制度確立に賛成している、ということである。同時に活動をとおして、まだその必要性を理解させるにいたっていないという、活動上の弱さも見落せないのではないだろうか。

さらに設問四では、問題の核心にふれて、「医療ソーシャルワーカーに何を期待するか」という問いかけを行なっている。

その内容を見ると「もっと患者に接近してほしい、同じレベルでものをいえるように接してほしい」「専門家ぶって一段高いところから発言する、というようなことがないように」という半ば批判的な要望もあるが、

「医療全体をみつめ、矛盾や不公平がなく良い方向に医療がいくよう努力してほしい」「患者の医療と人権を守るために、独立した強力な人格をもつこと」「民主的意識の高い、豊富な人になつてほしい」「弱者のためにがんばってほしい」「体制を強化し力量と地位を確保されたい」等々とその活躍が期待されている。

また、「病院内での医療事故、薬害による後遺症に悩む患者と病院側の中間で、中立委員として患者の權益を守るためにとりくんでもらいたい」というさん新な提案もある。こうした提案をうけられるためにも、資格制度の確立は今日的課題であろう。

以上の代表的な意見をみてもわかるように、今後、患者団体と医療ソーシャルワーカーの関係は、いっそう接近し、相互に発展する可能性を十分に示唆しているということである。

以上患者運動に対する協力者の問題を、調査にもとづいて分析したが、設問のまずさのためか医師、国・地方議員、MSW、学者、弁護士以外の協力者があまり明らかになっていないことを指摘しておくなければならない。

なぜならこのアンケートの中にはあらわれていないが、多分「医師の協力」という中に埋没しているのかもしれない民主的医療機関による協力や、医療労働組合などの協力もある、と推測されるからである。

たとえば全国医連（全日本民主医療機関連合会）関係の病院・診療所などでは、地域の慢性疾患の通院患者や公害患者の会の組織づくりを、かなり以前からすすめており、それは、全国医連の方針にもなっている。

東京下町にある柳原病院の経験をみると、ここでは糖尿病、肝臓病、循環器等々と病種別の患者会が組織されている。歴史のながい患者会は一六年になるといい、歴史とともに、その活動の内容もふかまっている。成果の一端を評して「患者自身病気についての自覚が高まり、明るくな

り人生観にもよい影響をおよぼすようになってい

「医師自身にとっても診療室ではわからない患者自身の生活の実態や悩み、疑問に接することができ、研修の内容としても大変豊かな経験を積むことができる」などと当病院の医師・増子忠道氏は述べている（薬事新報一九七七年九月号）が、こうしたすぐれた経験は、民医連関係病院にかぎらず全国に蓄積されていることであろう。

以上、調査にもとづいて、患者運動の協力者の問題についてふれたが、協力者はあくまで協力者であって、患者運動の主人公ではないことをつけ加えておこう。患者団体の方で仮りに、誰かに任せておいても運動はすすむ、というような錯覚をおこしたり、他力本願になったり、また協力者の側で、まどろっこしいから、というようなことで主人公をのりこえて采配をふるうようなことがあれば、患者運動はかならず軌道から外れてしまうであろうからである。

4 会の運営と現況

いうまでもなくその組織の実態を象徴し、行動を律するものは、会則（規約）である。

調査によると、調査対象の約九五%の患者団体は会則をもっている。会則にしたがって会の目的を定め、会費を徴収し、会員の意見が正しく反映されるように会を運営するために大会（総会）、理事会（幹事会）など、各種機関が設けられている。

団体によって異なるが、会議はほぼ定期的に行われている。

運営にあたっての人事（役員を選出）は規約にもとづいて選出されており、また会員相互の交

流や運動の状況が伝えられるための機関紙誌（会報・ニュース）が発行回数や紙面の大きさは別として定期的に発行されているところは調査Bによれば八九%にのぼっている。

機関紙の内容は患者団体にふさわしく、医療情勢（医療改革の動向）、医療講話、療養の体験、回復後の生活記事、その他俳句、短歌、詩などの文芸記事にいたる豊かさが特色である。特に生活相談、医療相談はほとんどの機関紙が企画している。

全国的運動にひろがっている団体では、各地域に支部をもっているところが過半数を数え、その数は患者運動の規模の大きさを示している。その支部は、単位患者団体（会）と中央本部とのパイプの役割りを果し、末端の声がつねに上部機関に反映し、運動の足並みが揃うよう機構的な配慮がなされているのも運営の民主性を示しているといえよう。

こういった機構や形態や機能は、明らかに民主主義運動の原則を患者団体が充分把握し、消化していることを物語っており、日本の現段階での民主主義運動の到達点を示したものと見えよう。以上のような原則的な視点で規制してみると、日本で、患者団体とよべる団体は、調査洩れあるいは何らかの理由で回答をよせなかったが、実際には存在し、一定の実績をあげている団体をふくめると、約五〇ぐらいである。

あとは運動団体というより、患者同士が、病気についての正しい知識や、闘病の経験を交流しながら、なぐさめあい、はげましあっている、親睦的な性格をもつ団体である。

もちろんこうした病院や、地域でつくられている患者会が、親睦的団体にとどまらず、病気を

なおすため、社会的条件の獲得をめざして縦にのび、横にひろがり、大きな団体に発展的に組織化されていく経過は、既成の患者団体がすでに充分体験しているところである。

ところで、患者団体のみならず、いろいろな観点からみて関心の集中する問題は会員の数である。しかしこの数の把握は、会費の免除があったり、あるいは上納費を一括制にしたり分担制にしている団体などもあって、正確な把握はむづかしい。調査によっても、明示された会員数と、会費徴収の数との間には大きな開きがでている。

そのような点も考慮した上で、回答に示された数をA・Bの調査によって集約してみると約四〇万人になる。今日、日本の患者の数からみれば氷山の一角であろうが、しかし四〇万をこえるこの数は、運動体としては迫力を感じさせる数であり、政府にとっては、無視することのできない一定の数字ではないだろうか。しかしどの角度からみても日本の患者運動は、この数にモノをいわせるところまで、まだ到達していない。

さらに数を見る場合、増えているのか、減っているのか、という点がある。もちろん、窮極的には、患者が減り、患者運動もなくなることは望ましいことである。だが今日的にみればそんなことはあり得るはずはないし、増減は、まさに運動の発展衰微をみる一つの指標であり、同時に、医療の実態、国民の健康状況を反映した政治の投影とみるべきであろう。

そういう観点でみると、会発足の年代がまちまちなので、年代的な比較こそできないが、全患者団体の発足時の集計と、全患者団体の現在時点での集計という比較はできる。

それを、調査Bでみると、二五万名の会員を擁するというケタはすれに多く、主として平和運動に位置づけられる被爆者団体を除いた五四団体の集計結果は次のとおりである。

調査対象五四患者団体の発足時点での会員数は、四万五三一〇名であった。それが現在時点では、約三・六一倍の一六万三四一三名に増大しているのである。

ここに被爆者団体を加えると、実に四〇万の患者戦線となる。

以上のように、患者団体の数が増えただけでなく、単位患者団体自体が、全体として増大してきているのが特徴である。明らかに、組織にたいする信頼のあらわれであり、表現をかえれば、全体として患者運動が前進していることを示したものとえよう。

5 運動がかかえているなやみ

運動の中でおこっている隘路や、患者団体がいまかかえている活動上の悩みはどんなことだろうか。

ほぼ共通していることは、患者自身が運動に参加することには意義を感じるが、病気でハンデを背負っているために、外出ができない、集会に参加できないなど、行動に制限が加わるため、意志統一や学習などが充分できないということである。そしてこうした隘路を打開するために専従の職員をおくことや、あるいは、地域のボランティア活動と提携し協力を得てやっていきたい、というつよい希望が生れてきていることである。

さらに共通している悩みは財政難である。

専従の職員を置くためにも、必要な事業をすすめていくためにも、財政難が障害になっていることは、ほぼ各団体に共通している。

こうした事情から、財政問題では、行政が当然やらなければならない仕事をわれわれが肩替りしているのであるから、行政が補助金をだすのは当然だという意見も中にはあり、現実に補助金を得ている団体も調査Bによれば一〇％ほどある。その際気をつけなければならないのは、そのことによって運動が制約されてはならないということである。

ちなみに患者団体の会費を調査してみると、会費を徴収していない団体もあるが、他は会員自らの拠出によって運動の基本的な財源をつくっている。

調査Aでは、回答のあった四八団体のうち年間一〇〇〇円までの団体が一二団体（二五％）、一〇〇〇円から二〇〇〇円までが一八団体（三七・五％）、二〇〇〇円から三〇〇〇円までの団体が三団体（二七％）、三〇〇〇円以上が五団体（一〇・四％）であった。

調査Bでは、年間一〇〇〇円までの団体が三団体（三・六％）、一〇〇〇円から二〇〇〇円までが一五団体（二七・三％）、二〇〇〇円から三〇〇〇円までが二〇団体（三六・四％）、三〇〇〇円以上が一〇団体（一二・七％）となっている。

ただこの調査では、設問の不備のため、本部費だけの額か、支部費と本部費を併せたものかが不明なために正確さを欠く憾みがある。

それにしても調査Aと調査Bとを比較した場合、調査Aでは、一〇〇〇円から二〇〇〇円がトップだったが、調査Bでは二〇〇〇円から三〇〇〇円がトップとなった。物価の変動がいかにか活動にひびいているか推測できよう。

各団体とも、会の運営費は会員による会費を主流にしているが、物価高の今日、会費一人月二〇〇円としても二〇〇〇名の全国組織をもつ中央団体の会費では四〇万円である。地域的な組織ならとも角、全国組織をもつ中央団体では、定期的な機関紙の発行、会議費、交通費、通信費などとその支出を考えるとそれだけで終わってしまう。

これではとても専従の職員は置けない。少くとも会員五〇〇〇名のところで、薄給で置けるかどうか、というところである。患者運動ならずとも、運動すればするほど金がいるというのは運動団体にとっては当然のことであるが、会員の大多数が経済的に貧困な患者団体にとって、財政問題はつねに頭痛の種といわねばならない。

組織問題では、「組織の運営が運動の中では一番むつかしい。なぜなら病状が千差万別で意志統一が困難である」という事情をはじめとして、「日本人の特質かもしれないが、熱しやすくさめやすい。」また「会員がつねに被保護者の意識でなく、もっと自分の会である、という積極性をもって、協力して会をもちたてる意識が必要である」「活動がなくてただ待っているだけでは改善されぬということを実感すべきだ」などと、会員にいい聞かせるような自戒の意見が多い。裏を返せば、そういう弱点が運動体の中にある、ということであろう。

以上は患者団体のかかえている運動上の問題である。

無数にある会員の要求は深刻で、強力な運動が必要であるが、行動には各種の制約があり、わけても運動推進に欠かせない財源が乏しいという基本的な困難がつきまとっている。

それにもかかわらず運動が発展しているのは、そういった障害をのりこえてもすすめなければならぬほど深刻に問題が横たわっているということと、現実には打開の道を考えあひながら、力を併せて立ち向っている、ということであろう。

調査Bの「定期的に病院、地方自治体、関係中央官庁に要請活動をしていますか」という設問に対し、「定期的ではないが」という団体もふくめると行動している団体は全体の六九%にもなっている。これをみてもわかるように、全体として障害をのりこえながら運動をすすめているのが実態である。

6 訴訟と三柏園事件

前章でも紹介したように、運動の新しい形態の一つとして、訴訟をつうじて人権の回復をめざす運動が、一九六〇年代にはいって民主主義運動、とりわけ社会保障運動の中で活発になってきた。もちろんすべてを訴訟へ、という安直な考え方は運動論としても否定されるべきであろう。では患者運動の中での訴訟はどうか。調査Bで見ると、まだ訴訟（裁判）をかかえている団体は全体の一七%とその数は少ない。

内容的には薬害関係と、労働災害、職業病に関係する訴訟の二通りに分けられるが、現在とりにくまれているのは、スモンの各組織をはじめ、クロロキン被害者の会、コラルジル被害者の会、注射による筋短縮から子供を守る全国協議会、未熟児網膜症から子供を守る会などが前者で、会によって多少方針が異なるが、国・製薬会社、医者を相手に責任の追及、損害賠償を行ない世論にもアピールしている。

後者は、全国職業性有害物障害患者協議会や、全国交通労働災害対策協議会の支部組織などがおこしている労災認定問題での行政訴訟や、企業にたいする責任の追及、医療、生活、職業保障などの損害賠償要求が訴訟の内容である。

いずれも権利要求に貫かれており、患者だけでなく国民的な問題提起をふくんでいるのが特徴といえよう。それだけに患者運動全体がつつみこんでいくべき訴訟である。

こうした中で、貧困な国の社会保障・医療政策をおおいかくす意図で、行政側より不当に起訴されている裁判が調査Bによってあきらかにされている。いま日患同盟がとりこんでいる「三柏園裁判」がそれである。

裁判のおこりは、一九六六年、高知県当局がその「医療機関整備計画」にもとづいて、「前に風光明媚な浦戸湾がひろがり、後ろは緑の山々に囲まれた」療養所としては最高の環境にあった県立中央病院横浜分院（通称三柏園）を、一方的に閉鎖しようとしたことから始まったものである。入院患者で組織されている患者自治会が、この療養権の侵害に立上がるのは当然であった。そ

それでもなお県当局は、反対の声を無視して閉鎖を強行しようとした。そのため患者自治会は、上部組織の高知県患者同盟に援助をもとめる。ところが県当局は、患者団体の存在を認めず、閉鎖の日の一月三日、患者代表の誠意をつくした交渉要求にこたえるどころか、不当にも高知県患の幹部二名を、「建造物侵入」といういわれもない罪名をきせて逮捕したのである。

明らかにこれは、患者運動への挑戦であり、同時に患者団体の存在意義と、憲法上保障されている団結権・療養権をふみにじるものであった。だからこそこの裁判のもつ意義は、患者運動の立場からみて重要なのである。

現在「三柏園裁判」は、一審敗訴後、二審を高松高裁に移して争われているが、法廷をつうじて国・県側の医療「合理化」政策と、人権じゅうりんの暴挙を指摘し、さらにはそれらの諸政策を裁きたたかいとして展開されている点で、注目される裁判といえよう。

7 発展のための努力

調査Bの最後の設問は、「患者運動の発展のためにはどのような努力が必要だと考えますか」であった。

回答はほぼ共通していた。その第一点は、「共通する要求、一致点で全患者が団結して行動すること」であった。

第二点は、「患者の実態や要求をあらゆる人々や、団体、地域の人たちに理解してもらうこと」

第三点は、「自分だけが一番難病である、というエゴ意識をすて、助けてもらおうのではなく、自分の力でできりひらいていく、という自覚をもつこと」

第四点は、「会員相互の理解から出発した信頼と会の民主的運営」

第五点は、「ねばりづよい運動」などと、およそ五点に集中しているのが特徴である。

これらでみたかぎりでも、患者運動がどの方向にむかって前進すべきか、およそ指向されているといっても決して間違いではないであろう。

以上調査にもとづいて、患者団体の発生の推移、その動機、その多様な性格、要求をみてきた。また患者運動が、今日にいたる過程で、どんな協力者を得てきたか、それら協力者の役割りもみてきた。

さらに患者団体の組織状況、組織体制もみてきた。そして、運動をすすめているがゆえにおこっている隘路や、かかえている悩みもみてきた。

そうした全ほうの中で、患者団体が増強され、発展しようとするその展望も、さぐることができた。

歴史の教訓にもとづけば、日本の生産第一主義、人命軽視の政治が行なわれるかぎり、患者は相変らずつくられていくことだろう。

そして不可欠の要素ではあるが、低医療費政策がつづくかぎり、医療荒廃はますます深刻になるだろう。そうした政策上の落し子としての宿命をもつ患者運動は、そのゆえに、ますます組織

化され、その運動は激しくなつてゆくのではないだろうか。

二 二一つの全国連絡協議会

「寝ていなければならぬ患者が運動しなければ安心して療養ができない」という止むを得ない事情で出発した患者運動は、敗戦の混乱した世相を反映するように、まず結核患者の中から日本の歴史に登場した運動である。

その後六〇年代に入つて、次々にいろいろな病種別の患者団体が誕生した。そしてその実績を築く中で、患者の利益代表として、市民権を確立してきた。

現在数の大小はともかくとして、なんらかの形で運動をすすめる、実績を築いている患者団体は約五〇と見なされ、それぞれ、基本的には願いを同じくしながらも、実情に則した運動をすすめている。

そのうち約半数にあたる患者団体が、二つの全国組織、つまり「全国難病団体連絡協議会（全難連）」と、「全国患者団体連絡協議会」（全患連）に加盟している。

全難連には、東京進行性筋萎縮症協会、ベイチェット病友の会、肝炎の会、全国筋無力症友の会、全国腎臓病患者連絡協議会、全国精神障害者家族連合会、多発性硬化症友の会、再生不良性貧血の患者を守る会、全国脊椎披裂（二分脊椎）症児者を守る会、全国パーキンソン病友の会、なるこ会、脊椎小脳変性症友の会、あせび会など一三団体が加入している。

一九七二年四月に結成された全難連は、加盟団体の実態を反映して、病気の啓蒙、病気の原因究明と治療法の確立、研究所の設立、公費医療の拡充、定期通院費の保障、入院受入れ体制の確立、生活保障の確立等々と、はばひろい難病対策をもとめて政府や関係官庁と交渉をすすめ、社会保障制度審議会などにも難病患者の実態を訴えながら、その実現に努力してきた。

厚生省に難病対策室が設置され、また難病対策研究費が組まれるようになり、そして公費医療の対象疾患が増えてきたのも、全難連の運動に負うところが大きい。

難病団体では「難病」を、「生涯医療を必要とする病気、高額な医療費が永久に在る病気、治療が開発されていない病気」と定義している。

それらの集団としての難病団体の運動が、いかに困難な問題をかかえているかは想像するまでもない。このような特殊性もあって、医者、医療ソーシャルワーカーなどの身近かな医療従事者の協力は、他の患者団体とくらべてきわめて比率が高い。

いまは全難連の加盟団体ではなくなったが、全国スモンの会の場合、結成段階から医療ソーシャルワーカーの献身的な援助が大きかった。そうしたこともあって、スモン患者と医療ソーシャルワーカーが合宿して、運動について話しあう、という普遍性をもつ経験も残っている。この経験から発展して、一部ではあるが医療ソーシャルワーカーのグループなどによる難病患者の実態調査も行なわれた。この成果は、患者自身と運動を上げます力になっているとともに社会に対するつよいアピールにもなっている。

難病団体は運動上の困難な事情をかかえていることもあって、一九七六年四月の第二回総会まで総会は開かれず、運営委員会がそれを代行する状態であった。第二回総会はこの反省に立って、規約も実情にそった内容に全面的に改めた。規約の改正だけでなく、一六項目にわたる「統一要求」も採択した。第二回総会は事実上の再建総会であった。

この全難連の「再建」に大きな役割りを果たしたのは、一九七一年に結成された全国腎臓病患者連絡協議会（全腎協）である。全腎協は全難連に加入しているとともに、全患連にも加入し、それぞれの全国組織にも一定の影響を与えているが、地域的に結成されている難病団体連絡協議会の中でも、全腎協の下部組織である地域腎臓病患者組織の活動が要になっているところが多い。

全腎協は会員一万三〇〇〇名を擁し、単位団体としても日患同盟につぐ大組織であるが、そのユニークな活動は、急速に人工腎、腎移植、その他の医療上、政策上の確立に大きな発言権を持ち、腎患者の医療と生活を守るために成果をあげてきた。また組織上の問題として捉えた場合も、現在の患者運動の発展に寄与している功績はきわめて大きい。

全国難病団体連絡協議会が、第二回総会で決定し、今日それをもとに運動している一六項目の「統一要求」は次のとおりである。

- 一 医療の改善に関する要求
 - (1) 各種難病の原因究明と治療法の確立
 - (2) 各種難病の専門医療機関・施設の整備拡充新設

- (3) 各種難病の早期発見、早期治療体制の確立
 - (4) 難病研究費の大幅な増額
 - (5) 各種難病専門医の養成
 - (6) 在宅患者の訪問診療体制の確立
 - (7) 新鮮血供給体制の確立、血液供給体制の整備
- 二 治療費に関する要求

- (1) 各難病治療費の公費負担
 - (2) 差額ベッド、看護料、付添看護料など間接医療費の軽減及び無料化
 - (3) 鍼灸、マッサージなど東洋医学の医療保険適用の拡大
 - (4) 通院交通費の公費負担
- 三 生活療養に関する要求

- (1) 身障者手帳の認定基準拡大
- (2) 障害者年金の認定基準を拡大し、難病患者にも障害年金を
- (3) 難病手当の支給と生活保護制度の充実
- (4) 長期療養制度の確立と、社会復帰対策の促進
- (5) 長欠児童、在宅児童の教育体制促進確立

もう一つの全国組織である全国患者団体連絡協議会は、現在、日本患者同盟、全国国立療養所

以上

ハンセン氏病患者協議会、全国心臓病の子供を守る会、全国交通労働災害対策協議会、全国CO中毒患者協議会、鉛中毒患者会、全国腎臓病患者連絡協議会、互療会など八団体が加盟している。

全患連の結成は、正式には一九七五年一月であるが、実際には高度経済成長政策の中で健康破壊がすすみ、逆に医療の後退がはじまる一九六四年一二月に準備会が発足し、以来一一年間、学習会、交流会など統一行動を定期的に重ねてきた。

要求も、予防、治療、後保護、生活保障、就労保障等々と体系的である。したがって、行動範囲も厚生省、労働省、自治省等々と、ながい運動経験をもつ日患同盟や全患協などの教訓を生かして、はばひろく活動を推進し加盟団体の成果に大きな影響を与えてきた。

その中で、心臓、呼吸器障害など内部障害者の身体障害者福祉法への適用、障害年金への内部障害者の受給権の確立、腎不全患者の更生医療への適用、人工透析の整備、医療保険への適用、腎臓バンクへの登録制、心臓病の子供を特定疾患として指定、内科治療費の公費負担、輸血による医療費の一部負担の保険負担化、呼吸器・心臓・腎臓障害を雇用促進法の対象にさせ職業訓練事項の開拓、脊髄損傷者の研究センターの予算化、障害年金と労働災害の休業一時金の併給の実現、慢性CO中毒の労災法への適用、じん肺・脊損入院患者（旧法で外されていたが、再び新法に適用された人）に、日用品費の支給を実現、寝たきりのじん肺・脊損患者の児童に奨学資金の支給を実現するなど、単独活動と共同行動の中で多くのものを得てきた。やや性格のちがう成果

の中には、一九七六年の郵便料の値上げにさいして、患者団体の機関紙などが該当する第三種郵便料の値上げを据置きさせてきたこと、などもある。

以上のように両団体とも、結成後、少なからぬ実績をつみ重ねてきた。いずれも、組織の力によるものであり、いずれも運動がなければなし得なかったものばかりである。

ごく最近も、運動神経に障害をおこす病気で、まだ原因が明らかになっていない「脊髄小脳変性症」の患者たちによって患者会が結成された。また、高安病、脈なし病とよばれている大動脈炎症候群の患者会も準備会が発足して、大同団結のよびかけが「ぜんなんれん会報」（全難連機関紙）をつうじて行なわれている。

このように、相変らずつづいている患者団体組織化の動きも、全難連、全患連の社会的影響をもつ発言や、諸成果と無関係ではない。

かつては患者は力のないもの、また声をだしても聞きとどくところはないだろうと思っていた人たちに、患者運動の存在が、いまではつよい確信と勇気のよりどころになってきているのである。

全難連も全患連も、依然解決しなければならぬ多くの課題をかかえてはいるが、全国の患者の権利を守り、その期待に副うよう、ともに方針の実践、要求の実現をめざして全力をあげている。

全難連は、一九七七年四月に第三回総会をひらき、先にのべた一六項目の要求をひきつづき確

認するとともに、

「一、各地域難病連、全国患者団体連絡協議会、その他の患者団体などとの交流をはかり、より多くの人々とともに運動を前進させていきます。そのために全国的な患者および家族による集会または交流会をもち、一致した要求の実現をめざします。

一、未組織の難病患者との結びつきを深め、連絡をとりあい、その組織化に努めます。」などの行動方針を採択した。

全患連は、一九七七年一〇月に第三回定期大会を開いて、結成後二年間の運動の成果や教訓を確認するとともに、

「一、救急患者の「たらい回し」や診療・入院拒否をなくさせ、医療上の差別をやめさせよう。

二、差額徴収、付添看護料、通院交通費、血液集めなどの患者負担をなくさせよう。

三、医療不安の根源となっている薬の副作用と薬害をなくすために、予防と被害補償などの制度化をいそがせ、安心して医療がうけられるようにさせよう。

四、医療保険の家族給付を十割にすることを要求し、とりあえず高額療養費の患者負担を軽減させましょう。

五、人工肛門による愁訴軽減を、医療機関で指導させるとともに、治療を必要とする患者には、人工肛門などの器具を治療用として支給させましょう。

六、患者の生活をおびやかす不況とインフレの長期化、失業と首切り、公共料金値上げに反対しましょう。

七、障害年金と障害福祉年金は、生活できる年金にするとともに、病状や障害の程度に応じ、てうけられるように改善させましょう。

八、生活保護改善と患者・障害者に対する福祉を向上させましょう。

九、労災・職業病医療の抜本的改善により、早期発見・早期治療の原則を確立させ、一時も早く労災保険を適用させ、安心して病気が治せるようにしましょう。」

以上九本の柱からなる三七項目の統一要求を決定し、全患連と同じく、「全国患者・家族の集会の成功のための努力」「医療改善の国民運動を中央、地域でよびかける」「職業病治療の研究発表会の開催を労働省によびかける」「各地域における患者・家族団体の連絡と交流をすすめる」などの運動方針を採択した。

以上は二つの中央団体の動きであるが、地域でも現在は全国一八の地域で地域難病団体連絡協議会が結成され地域活動がすすんでいる。そして一九七四年からは、地域難病団体連絡協議会の連絡組織として「全国地域難病連絡会」が開かれ、活動の経緯を交流し学びあっている。

一九七八年四月に予定されている「ゆたかな医療と福祉をめざす全国患者・家族集会」の提唱は、この「地域難病連絡会」の活動の中から発想されたものである。

三 地域難病団体連絡協議会

地域の難病団体連絡協議会(以下地難連とよぶ)は、難病疾患として指定されている疾病と、その団体が中心であるが、全国患者団体加盟の団体や、どちらの全国団体にも加盟していない団体の参加も、最近はすすんできた。

地域に難病団体の組織が始まったのは、調査Bによると、一九七二年になってからである。背景としては、各難病団体が組織され、あらゆる運動をすすめる中で、中央行政庁だけでなく、地方自治体に対しても働きかけるべきだ、という模索した運動の中から生れてきたものである。

この地域の組織化を促がすのは、老人医療費の無料化制度ができ、「福祉元年」の掛け声とともに、「日本列島改造論」の実現のために、「福祉なくして発展なし」と政府がスローガンにかかげ始めたところである。同時にまた三年も経たないうちに、石油ショックを皮切りに、物価高、不況がおそいかかり、たちまち「発展なくして福祉なし」と、政府の「福祉」方針がきり替わり、「福祉抑圧」が患者の身辺におしよせる、という両極のゆれうごく中での現象である。この現象は単位患者団体の結成にも同じようになっている。

つまり「福祉時代の幕あけ」には当然要求すべきである、という自覚から生れた組織形成、「不況時代」には結集して身を防ぐ、という危機意識による組織形成、という対応であった。

特にオイルショック、物価狂乱の到来した一九七三年から一九七四年にかけては、中央ではじ

めての、全難連・全患連による患者団体の統一行動が生まれ成功している。そして「弱者」にたいする風当りには労働組合、民主団体も支援に立上り、マスコミも政府の非情をなじって応援した。この時代背景こそ患者・障害者を一途に組織結集に奮起させていくのである。

典型的な運動をすすめているといわれる北海道難病団体連絡協議会の、結成大会で発表された「大会宣言」を紹介しよう。

「私たち北海道に住んでいる難病患者と、その家族は、今日北海道難病連を結成しました。私たちは、国や北海道、各市町村などに次のことを要求します。

- 一、病気の原因究明と治療法の早期確立
- 一、医療行政、福祉行政の充実と拡大
- 一、専門医療機関の設置と専門医の配置
- 一、医療費等の全額公費負担の完全実施
- 一、患者と家族の生活の確立
- 一、社会復帰への道を開くこと

私たちは、今の日本の社会が、病人や老人、子供にとっては決して住みよいものではないことを告発します。

私たちは、社会からうとまれ、厄介者扱いをされ、人間としても蔑視され、いわれのない中傷と隔離をされている現状に抗議します。私たちは、まぎれもなく「人間」であり、社会の一

員であることを訴えます。

私たちは、私たち自身が生きる勇氣と希望を持たなければならぬと思っています。私たちも私たちがなりの条件と能力を生かして、社会に貢献することが、社会の一員としての権利を認められることにつながると 생각합니다。＂これからの社会は、どうあるべきか＂について、私たちは、私たちの立場で発言し、行動しなければなりません。発言と行動を通してこそ政治の目をわれわれに向けさせ、医師との対等の立場を獲得し、道民の理解をうることになるでしょう。窓の内から眺める空気と、窓の外で吸う空気は違います。一步外へ踏み出す勇氣を持ちたいと思います。

私たちは、私たちの要求を一つひとつ実現させることが、国民の生命と健康を守る運動の一環となることを確信します。

一九七三年三月二四日

北海道難病連結成大会

この北海道難病連の「大会宣言」には、患者の怒りがこもっている。ゆるがぬ確信が貫かれている。そして何よりも人間が、人間の尊厳と権利の自覚が脈打っている。ここに宣言の強調する「私たちの要求を一つひとつ実現させることが、国民の生命と健康を守る運動の一環となる」という確信の源がある、といえよう。

「地難連」組織は、一九七二年三月、富山県難病団体連絡協議会が結成されると、一〇月には

大阪難病団体連絡協議会、東京難病団体連絡協議会とやつき早に組織化がすすみ、以下愛知県難病団体連絡協議会（二月）、一九七三年、和歌山県難病団体連絡協議会（二月）、埼玉障害難病団体協議会（二月）、北海道難病団体連絡協議会（三月）、岐阜県難病団体連絡協議会（九月）、一九七四年、長野県難病患者連絡協議会（二月）、京都難病団体連絡会（八月）、群馬県難病団体連絡協議会（八月）、愛媛難病団体連絡協議会（二月）、一九七五年、福島県難病団体連絡協議会（一月）、岩手県難病連絡協議会（三月）、兵庫県難病団体連絡協議会（二月）、一九七六年、秋田県難病団体連絡協議会（七月）、一九七七年、山梨県難病団体連絡協議会（七月）、神奈川県難病疾患団体連絡協議会（九月）の順に組織された。

その組織状況は、その名称から推察できるように、難病団体の結集体であるが、異例として埼玉地難連が障害者団体を結集していることと、最近結成された神奈川地難連が、結成当初から長期慢性疾患を結集していることである。

よりはばひろく統一を、という運動形態が時代の進行とともにこのように、地難連でも変化がおこっていることを見落すことはできない。

そしてまた、その結集体も、埼玉、北海道では実に二〇の団体にのぼっており、地域の実質的な、患者代表組織として発言権を有している。

加盟人員は、東京の六〇〇〇人を先頭に、一八団体で約二万五〇〇〇人である。まだ早く組織されたところで五年という歴史であるから、さらに組織はのびていくことであろう。筆者の把握

している範囲では全国四七の都道府県中地域難団連の組織されているのは一八、九地域で、全国の三分の二の地域は未結集地帯といえる。今後これらの地域でも組織結集がすすむことは確実である。

それを裏書きするように、「全国地域難病連連絡会第三回交流会」では、

一、各地域の難病連、未結集地域の患者へ地難連結集のアピールをだす。

二、基本的な共通認識を深め、緊急の共通要求を設定し、国民に訴えるとともに、我々の運動をアピールする。

三、各地難連で先進的に獲得したものを全国的な普遍のものとして拡め定着させる。

四、各人が所属している全国単一団体内部で、地域難病連の必要が認識されるよう行動する。

などの組織方針を確認している。この方針の消化、実行がすすめば、全国に根をひろげていくことは、も早時間の問題だといえよう。

中央の全国団体が地難連の組織化、および組織拡大に努力することは当然のことであるが、「ゆたかな医療と福祉をめざす全国患者・家族集会」の成功も、地域組織の発展に大きな影響をもたらすことであろう。

各地難連の、現在の活動状況は、調査Bでみたくきりでは、各患者団体の活動と、ほぼ同じ内容をもっている。特に役員難、財源難、行動の不自由、それぞれが、患者団体特有の悩みである。

しかしにもかかわらず、あとには退かず歯をくいしばって、その隘路を克服しようと懸命に努力している。この支えになっているのは、地難連の活動を相互に激励しあっている「全国地域難病連連絡会」である。いうまでもなくそれは患者の組織である。

以上が二つの患者団体全国組織の実態と、地域難病連組織の現状である。

理想的な姿を追うとすれば、全難連、全患連の二つの組織が中央で合同し、そして地域では、いまの地域組織が、まだ組織されていない地域の患者団体をも結集し中央・地域が相互に交流しあつて運動をすすめることである。

もちろん、さまざまな職業、さまざまな考え方、あるいは、性・年齢などの違いがあり、しかも病気の種類やその症状の程度なども加わるので安易に「統一」をめざす態度は避けるべきであるが、あえて理想を追うとすると、それ以外にあるだろうか。

はばひろく戦線を強化することが要求実現にプラスになるかならないかは、議論を要しない。各調査にもあらわれているように、だれもが願ひ、いまやそれが煮つまろうとしている段階である。そしてこうした組織の形態が、上・下の関係でなく、すでに今日提唱されているような「全国集会」が年一回でももたれることになれば、そのことによつてただちにメリットに結びつかないまでも将来がある。

すでに現在の段階でも、「全国集会」開催のために実行委員会が結成され、ひろく団体代表があつたつて内容のある交流を行なつており、それを伝えるニュースも発行されている。

交流は全国的な活動の交流だけでなく、医療情勢（制度や技術）の情報も交流されている。一切が患者の利益につながり、各団体の運動の腰をつよくすることに役立っている。これは組織上の成果であり、患者運動のいままでにみられなかった前進の一面である。

こうしたことが積み重なって、やがてどのような形態に発展するかは、いまだちに見通すことはできないが、要求で運動するという基本原則を守り、浮ついたイデオロギー論でかきまわされないかぎり、発展していくことは運動の法則である。

第四章 患者運動の展望と課題

深刻な状態を迎えている医療の実態は、今日のように、はげしくゆれ動いている政局の中でも、連日のようにブラウン管に、あるいは新聞紙上にその荒廃した姿をうきぼりにしている。

ここ数日間の新聞を開いてみただけでも、国民の健康破壊の異常な進行、医・歯系私大の高額入学金と不明朗な会計、医師特別優遇税の改廃論、後退を重ねる「改訂」健康保険案、老人医療費の有料化、老人保険制度案の提起、医療費の引上げとその大きな波もん、薬の害、病苦による自殺・心中、それらをめぐる投書等々とあまりにも刺激的な材料ばかりである。

しかもその中には、旧くなお新しい問題として提起されているものも少なくない。いうまでもなく、その原因はすべて無反省な医療政策にある。

こうした医療情勢は、医療運動全体にたいし新しい局面での積極的な方針と行動を求めているともいえよう。中でも、からだで医療荒廃を経験し、内側から問題をとらえて抗議し告発している患者運動の動向は、被害者がどのような状態におかれ、何を求めているかをみる具体的な指標として一般に注目を浴びているところである。

動向の特徴としては、前章で述べた「ゆたかな医療と福祉をめざす全国患者・家族集会」の動きなどがある。

しかし今日の患者運動は、その成りゆきに依拠するだけでなく、医療運動の中での位置づけや日本医療の改革に主体的意義をみいだしていくことがぞまれている。

それは理論水準の向上であったり、組織の強化拡大でもあったり、要するに患者運動の量・質の発展である。

一 患者運動の三要素

さて、ここで出発点にもどって、患者運動とは何かを考えてみよう。

いうまでもなく一般論としての運動とは、目標をもち、それを実現するための活動である。

患者運動の目標は、患者の健康の回復をめざすことであり、健康破壊の進行を止めることであり、健康の土壌をつくりあげることである。

この互に関係しあっている目標は、別の角度からみれば国民的要望でもあるだろう。だとすれば、患者運動とは、すでに健康破壊の原因を追及したように、実にはたいへんな事業なのである。

こうした患者運動を推進していくのはいうまでもなくその主人公ともいべき患者であるが、この際患者の病気に對するかかわり方が問題になってくる。

誰かが病気になる。図式的に言えば、医者にかかり、治療をうけ療養して回復（または転帰）という経過をたどる。

患者運動はこの過程で、さまざまな要求に根ざしておこってくる。

一般的には療養条件を改善していく、つまり条件整備の運動、と考えられてきた。だがこれだけでは普遍性の意味に乏しい。

それ以前にあるいは併行して大切なことは、病気の自覚、病気を科学的に知ることと、もう一つは、うけ身でなく病氣とたたかう、病気を克服するという気概、それは社会的責任でもあるがその自覚である。そしてつぎの一つは、病氣とたたかう条件整備の問題である。

病気の自覚といっても、病気を自己診断する、ということではない。自分の病気を正しく認識することにはじまり、病気の背因を知る、ということである。これは問題意識でもある。どの運動もそうであろうが、問題意識をもつかどうかは運動の強弱につながっていく。むつかしくいえば、人権意識とか、階級意識とかに類する。

すでに第一章でふれたように、ほとんどの病気には社会的なつながりがある。自己の不始末による病氣などというものは、全体からみると九牛の一毛にすぎないだろう。

またここでは、食べすぎによる腹痛とか、雨に濡れたため風邪をひいた、などという病氣を対象にしているわけではない。

特に難治性疾患などをみた場合、その原因不明という研究上の未解明をふくんで社会性を追及しないかぎり、二〇世紀の今日でも、「前世に何か悪いことをしたのだから」とか、「なにかのあたりではないか」などの暴言もとびだしてくるのである。

最近次のような事件があった。ストマイ注射のために、聴力を失なった結核患者が、その耐性基準を無視した治療態度と国の責任を訴え、賠償金を請求した事件である。この事件に関して、人もあろうに厚生大臣が、「病気を治してやって、金を請求されてはかなわん」などと放言したのである（一九七七年三月一七日）。

むしろ大きな問題になったが、この発言を分析してみると、一つは、医学上の新しい処置に無智であること。もう一つは、「治してやっている」という、医療を恩恵として考えていることである。

しかも、国民の健康を守り、医療を守る掌にあたっている厚生大臣だけに、二重に許せない発言であった。この非情な厚生大臣は、さらに国会の場でも、現在の健康保険の赤字問題にふれて、「心臓疾患の人の手術や、腎臓病の透析患者に医療費がかかりすぎるから赤字がふえるのだ」などと平然と答弁しているのである。心臓病や腎臓病の患者にとっては、衝撃的な発言である。気の弱い人でなくとも、こうまでつめたくいわれると、身のちぢむ思いさえする。

もし、患者が病気の社会性という認識と人権意識がなければ、ただひたすら「お世話になっています」「申しわけない」ということになり、そこからは、屈辱に対する怒りは湧いてこないであらう。

健康をうばわれた怒りは、患者運動の尾篋骨でなければならぬ。

ここで病気を科学的にとらえる、病気の社会性を認識する、という立場から宗教とのかかわり

あいについて付言しておこう。

毎日新聞の生活相談欄（一九七六年八月七日）に次のような質問がのっていた。

「五年ほど前から心臓が悪く、二回も心不全で入院しましたが、今月中に手術することに決めました。ところが一年前から知人らにしつこく宗教を勧誘され、『入信して宗教活動をすれば手術なんかしなくても治る。たとえ手術しても、いま入信しなければ失敗に終わる』といわれました。不安です。」

もちろんこれに対する回答は、「入信しなければ死ぬとか手術が成功しないことは絶対あり得ない。現代の医学を信頼し病院の先生を信用して手術を受けること」という明快なものであった。

患者の弱みにつけこんだこの種の脅迫めいた入信工作は、病気を科学的に把握しておれば簡単には入りこめない。

宗教というものは、あくまで副木である。心の平和、安静をもとめるものといわれるから、そのかぎりでは患者運動がそうした宗教を否定するわけではない。が、毎日新聞にのったような、むしろ心の平静をまどわすような宗教、および宗教活動は批判されなければならないのではないか。次に一般的には闘病とよばれている病氣とたたかう気力、精神力、気構えなどの問題をとりあげたい。

昔から、病は氣からといわれているように、病氣に負けてしまっただけにはいかに高度の医療技術が

そこにあり、適切な処置をしてくれる医者・看護婦がそばに居ようと、治療効果は減少してしまふ。

薬の二重盲検法でもわかるように、薬でないものを、「薬」と信じこむだけで、それが「効果」があった、という証明さえ現実にある。

患者運動の立場からいえば、病気をたたかう、病気を克服する、ということは患者の社会的責任である。一部に「死を選ぶ権利」が話題になっているが、「生きる、病とたたかう勇氣」こそが評価されるべきである。患者運動はそれを支えなければならぬ。

朝日茂氏の死後、本人の希望もあって屍体は解剖された。解剖してわかったのは、朝日茂氏の肺はぼろぼろで、その他の臓器も「腹膜が開かれたとき、うすい膿汁が流れだし、小腸下部から盲腸結腸上部にかけて多数の腸潰瘍と癒着、化膿、穿孔が認められた」(解剖所見、水落理・現岡山市協立病院長)というほどかなりひどい状態だったことである。

解剖後、医療陣が異口同音にもらしたのは、「どうしてこの症状で今日まで生きつづけてきたのか」ということであつた。

結局朝日茂氏の場合、重症の身であつた国民的運動に発展した訴訟をやったほど、強じんな精神力をもっていた、ということであろう。死の直前まで「生きることが私の責任だからがんばる」といっていた言葉はいまも印象的である。

病気に挑むという社会的責任の自覚を育てることは、患者運動の大切な方針の一つである。禁

じられた飲酒やかけごとなど、医者者の指導に従わない療養生活は、病気を治す責任からの逃避である。

長期の入院患者らによって病院内に組織されている患者自治会は、学校での自治会や、町内の自治会のように、集団の中で自己の生活にも責任を負うという精神によって生れた民主主義の形態である。患者自治会の他のそれと異なるのは、より普遍性をもっている「社会性」ではないだろうか。

三つ目の療養条件の整備ということは、文字どおり、好んでなったものでない病気を、一日も早く治して社会復帰するため、その療養条件を確保するということである。病気の自覚、闘病の気概とも切りはなして考えることのできない、不可分の課題である。

もちろん療養条件の整備、つまり、その改善向上をいう場合、医療費・移送費の問題をはじめ、給食の改善、病院の設備、看護、治療に対する要望、研究の促進、後保護、リハビリの確立、諸制度の改正、そして家庭の問題、心の問題等々と、実にその内容は多岐である。

患者運動の困難性・特殊性をじゅうぶん物語る内容でもある。

この場合、この療養条件の整備を、患者・国民の医療権・生存権の問題として考えるのか、お願いごととして考えるのか、先に厚生大臣の例をだしたように、そこで運動の姿勢も基本的にかれてしまう。

理念的なものをとりあげるとすれば、その根拠になるのは、いうまでもなく生存権保障を明文

化した憲法第二五条である。これこそが患者運動の法的根拠である。

以上、患者運動の三要素をあげてみた。最初にも断わったように、それらは独立しているものではなくつねに関連しているものである、ということである。

こうした、病氣を知るといふ原点から出発して、病氣とたたかい、権利として治す条件を獲得する患者運動は、その運動をつうじて、人間の生物学的側面にばかり目を奪われ、科学としてとらえることのむつかしい人間的側面を置きざりにし、患者の無権利状態を助長してきた、日本の古い医学思想・医学教育に対しても、強い批判となるものである。

二 二 これからの運動、結集の意義

1 地域難病連のよびかけ

“数は力なり” などというが、一人の声より三人合わせた声の方が大きく聞こえるのはあたり前だし、一人で開かない扉も、三人よればその力で押し開くことができることもあるだろう。また運動の方針も、多数の人の智慧と参加によってよりみぎあげられ、ねりあげられた立派なものになっていく。

したがって、さらに団結の輪をひろげる、そしてよりいっそう運動を強めるということは、別に患者運動でなくとも諸々の運動にとっての理想である。

ではなぜ、労働運動や、農民運動や、平和運動など、各種運動の中に、より大きく団結するという鉄則が貫かれていない部分が多いのだろうか。ここで、患者運動外の運動に対してあれこれ述べるのは場違いであり、なお余裕もない。が、一つだけいえることは、最初から統一されていないものと、統一から分裂したものの二とおりのパターンがあり、いずれの場合も統合できないのは方針上の問題やイデオロギー上の問題が障害になっている、という点である。組織問題というのは、事ほどさように単純ではない。

それでは、私たちの患者運動はいったいどうか。

以下その問題、つまり結集の重要性、それにいたる問題点などを、一九七八年四月をめざす「ゆたかな医療と福祉をめざす全国患者・家族集会」（以下全国集会とよぶ）に焦点をあて、教訓を拾いあげてみよう。

この「全国集会」のきっかけとなったのは、一九七六年猛暑の七月、京都で開かれた「全国地域難病連連絡会第三回交流会」である。同第三回交流会の報告を載せた「全国地域難病連連絡会Ⅱ地難病ニュース九号」によると、「すでに活動の経験を積み重ね、お互いの交流も行なっている難病連と、新しく発足した、あるいはこれから発足しようとしている難病連」が参加し「貴重な経験を」学びあうが、「しかし日本の医療、福祉の現状と社会保障の将来に強い危機を感じ、今ここで連帯の方向を確立させなければならない、という参加者の強い決意」が「統一認識」となり、それをふまえて、結集と、国民の理解を得るためのアピールをだすことを確認した、とい

ういきさつがのべられている。

したがって、若干の紆余曲折があったにせよ、多くの意志を結集し、「全国患者・家族集会」を軌道にのせるにいたった第三回交流会のアピールには、医療情勢だけでなく、日本の社会保障情勢の貧困に対する危機感が切々とつづられ、そして打開するための前提こそ患者の団結であることを、熱情をこめて訴えている。それは次のようなものである。

「私たちは、全国各地域での活動の経験の中から様々な困難と課題、切実な患者の要求を持ちより、身体の大きなハンディを抱えながら、私たちのこの苦しみの経験が多くの人びとによって繰返されないことを願い、京都において三日間の討議と交流を行いました。

私たちの交流集会では、多くの問題が議論されたが、とりわけ重症の患者が国公立の医療からも見捨てられ、死の転機までの医療をまっとうされることのできなかった苛酷な具体例の報告や、疾病によって家庭をも崩壊させられている状況が、この日本に存在していることに怒りを感じ、日本の社会の様ざまな現象やひずみが、国民を身心共に疲労させ、多くの新たな、困難な疾病をつくり出していることに恐怖を感じるから、日本の社会保障が根本的な拡充の方向をもたず、あまつさえ、財政の危機を理由に医療と福祉が今以上に後退する傾向にあることを共通に認識した。

財政危機を理由とした福祉政策の後退と医療予算の圧迫によって、老人医療の後退を皮切りに高額医療助成制度への切り換えなど、国民負担の増大と国民各階層間の相互の反目を生み出

そうとする政府のもくろみに抗議する。

私たちは、生涯治療を必要とする難病、長期慢性疾患患者の医療と生活は、新たな制度と体系のもとに、国が保障すべきであると考える。

私たちは独りで悩み、苦しみ絶望に陥れられている患者や家族が、一日も早く一人でも多く私たちを訪れ、そして共に手を携え、解決の道をつくり出すことを訴えます」
以上である。

このアピールには、型やぶりともいえるべき政府・地方自治体および関係諸機関に対する要求が、「私たちの当面する緊急の課題と要求」という形で付記されている。

つまり「これで運動する」という具体的な意志表示である。それは、柔かい表現ではあるが、団結して要求を実現していこう、という決意表明ともいえるものであろう。

以下が、このアピールに付記された要求項目である。

- 一、全国の各地域に専門医と専門医療機関による治療とリハビリの体制を確立して下さい。
- 一、各疾病の原因究明と治療研究事業の推進を急いで下さい。
- 一、専門医の養成を急ぐと共に、細分化されすぎた現行の医療教育制度を改善して下さい。
- 一、新たな難病に対し、医療公費負担を拡大して下さい。
- 一、全国都道府県に難病相談センターを設置し、患者・家族の日常の苦しみ、悩みを解決して下さい。また現在患者団体によって自主的に開設されている相談センターに対し、運営

助成を行なって下さい。

一、難病患者の家族、介護者に対し、生活と介護を保障する介護手当を支給して下さい。

一、難病患者の入院付添料を公費負担して下さい。

一、入院料についての診療報酬を適正に改善し、差額ベッドを一日も早く撤廃して下さい。

一、難病患者に対して、必要に応じ、保健婦の巡回による指導と援助を実施して下さい。

一、難病患者の実態調査を実施し、患者の要求に沿った難病対策を確立して下さい。

一、肢体不自由を伴う患者に対し、電動車椅子を全員に支給または貸与して下さい。

一、新鮮血の供給体制の確立を急いで下さい。

一、小児慢性疾患、病弱児に対し、医療管理を伴った教育権を保障して下さい。

一、養護学校高等部の大幅設置を急いで下さい。

一、国立病院内に院内学級を設置して下さい。

一、各種健康保険の統合を急ぎ、難病患者、長期慢性患者、高額医療患者が、各種共済組合健保からしめ出されつつある現状を改善して下さい。

一、身体障害者雇用促進法を完全実施し、難病患者も含めて運用されるよう改善して下さい。

一、身体障害者福祉法、国民年金、厚生年金の難病患者への適用を拡大し、認定基準を各種疾病に合わせて改善して下さい。

一、生涯治療を必要とする難病、長期慢性疾患患者の医療と生活は、国が保証して下さい。
 以上の一九項目である。

もちろん、「全国地域難病連絡会」の発案によるものであるから、一般病の要求より難病の要求が多い。とはいっても病気は病気であって共通点は充分見出すことができる。又この要求の中には障害者の要求も混じっており、患者・障害者をどこで区別するのか、患者・障害者の接点は何かをあらためて考えさせられる。

さて、このよびかけに応じた団体は、一九七七年九月段階で四四団体になったと報告されている。そのうちわけは、地域難病連一三団体、全国難病団体連絡協議会加盟一三団体、全国患者団体連絡協議会加盟七団体、その他一三団体である。

今日日本の患者運動を推進している代表的団体の、九〇％は参加しているとみていいのではないか。ということとは、とりもなおさず情勢の共通認識、要求の合意という二点をふまえて、文字どおり日本の患者の総結集の一步が、歴史的な一步がふみしめられた、といえよう。

京都の地難連第三回交流会でアピールが発表されてから一年が経過した。そして当初のよびかけたイメージを一步のりこえた形の結集がすもうとしている。

一つは患者をめぐる情勢がいつそうきびしくなった、ということもあろう。また一つは、そうしたよびかけに応じられるほど患者運動がすすんでいる、ということもあろう。とはいってもすべてが順調に運んだわけではない。一九七七年三月、京都アピールを具体化しようと、埼玉の筋

ジス訓練センターで開かれた地難連、全難連、全患連、三者の交流会は、直面する情勢の理解では一致したものの、統一して行動をすすめる、という点では一部の反対があつて意見の一致がみられず、「それぞれの方向と方法について検討を深める」というアピールを採択するにとどまった、という出来ごともあったのである。

しかし純粹な努力の結果隘路は逐次解決され、当初の提案は実をむすびはじめた。以下「実行委員会ニュース」によって、一年の経過をふりかえつてみよう。

一九七六・七・一一、地域難病連絡会第三回全国交流会が三日間にわたつて京都で開かれ、一〇地域難病連代表による討論の結果、「当面する緊急の課題と要求」とともに、「患者と家族が、一日も早く一人でも多く、共に手を携えて、解決の道をつくり出すこと」を訴える「アピール」を採択した。

七・一三、同交流会での討論と確認事項にもとづき、同連絡会を代表して北海道難病連の伊藤事務局長は、全難連に対し同交流会の報告と今後の共同行動を申し入れた。

八・二八、全難連では、運営委員会を開き、右の申し入れについて討論した結果、具体的な提起があつた場合は検討することを確認した。

七七・一・六、全患連では、地域難病連絡会に対し、共同集会を開いてもよいと申し入れた。

一・一四、北海道難病連が、各地域難病連に対し、京都での確認事項による「全国集会」を開くため、各難病連の意見を求める。

一・一五、全難連では、第五回運営委員会で全国集会の必要性を認め、積極的な参加を決めた。

二・二四、地域難病連連絡会は、三月一三日、埼玉県黒浜において、「患者・家族団体の全国行動(集会)」に関する準備会を開くことを各地難連、全難連、全患連と各構成団体およびその他の疾病別全国組織一八団体によびかけた。

三・一三、埼玉県黒浜において、「患者・家族団体による全国行動(集会)」に関する準備会が開かれ、一五団体から二四人が出席し話し合ったが、完全な意見の一致をみることができず、この日参加した団体が、「その方向と方法について検討を深める」ことを呼びかけるアピールを採択した。

五・二〇、北海道、東京、京都各地難病連および全難連、全患連の五団体は、埼玉アピールを実践する立場から、改めて「患者・家族団体による『全国患者集会』のための準備会」を六月一九日に東京で開くことを全国四九の団体に呼びかけた。

六・一九、東京・上野において「患者・家族団体による全国患者集会のための準備会」が、二四団体、三九人の出席により開かれ、参加者全員の賛同により、来年三月を目標に「全国集会」を開くために準備を進めていくことが確認された。この準備のために各賛同団体から一名の代表による実行委員会をつくり、そのうち一四の幹事団体も選出された。なお、この日までに呼びかけ趣旨に賛同した団体は三四団体であった。

七・一五、東京都障害者福祉会館（三田）において、第一回の実行委員会幹事会が、一四団体中一二団体の出席により開かれ、次の実行委員会に提案する日程、準備計画、財政、役員、事務局体制などについて話し合われた。

七・三一、第二回（事実上の第一回）実行委員会が東京都障害者福祉会館で開かれた。出席者は一六団体から一八人で、幹事会から提案された今後の準備のすすめ方について話しあった。なお、この日までに賛意を表明した団体は四〇団体となった（一九七七・八・二〇）。以上。

このあとの動きは、八月二〇日に「実行委員会ニュース」一号がでたこと、九月九日に幹事会が開かれ第三回実行委員会開催の準備を行なったこと、九月二三日に、第三回実行委員会が開かれ、「ゆたかな医療と福祉をめざす全国患者・家族集会」と正式に名称が決まり、同時に、来年四月全国集会は東京で開く、などを決めたこと、さらにこの会議では新たに賛同団体として和歌山難病連、三重難病連、富山内部障害者協議会が加わり、計四四団体となったことが確認されている。

文字どおり「全国患者・家族集会」は一九七八年四月をめざして着実に歩みはじめたのである。組織論的にみて痛感するのは、地域難病連の「交流会」がアピールをだして団結―患者総結集をよびかけた、ということである。特にそれがおかし、というのではない。情勢のきびしさは地域難病団体をふるいたたせ、そしてその感動的なよびかけが、やがて全難病連や、全患連を動かして、今日のような新しい状況を建設したのである。そこには既成の組織論ではない、新らし

い創造の芽が育っている。新しい運動の波は、硬直した旧い考え方をのりこえてどんどん先へすすんでいるのである。

2 「全国集会」の今日的な意義

「全国患者・家族集会」が開かれる今日的な意義は何なのか。

一つは病気の社会性と福祉の貧困について共通の認識を確認することである。そして全国から集まり、交流することによって、自分たちは孤立しているのではないという自信と、患者相互の連帯感をふかめることである。

もう一つは、全国の患者がこんな悩み、こんな怒りをいっているということに参加した全国の代表たちの声をつうじて、政府に政策の貧困を自覚させ、反省させるということである。

患者・家族には確信を、政府には威圧を感じさせる、そういう集会にしなければならない。

それではこの「全国集会」を成功させ、「全国集会」の目的を達成するために、どのような行動が企画されているのだろうか。第二回目の実行委員会は、運動の基本である組織、宣伝、財政、方針を次のようにきめた。一見してもわかるように、仮りにそれが、一九七八年四月の「全国集会」までのものであったとしても、それを実行する過程で、かなりの運動の基礎がつくられることだろう。

参考のため「今後の方針」をみてみよう。

1 準備運動について

(1) 各患者・家族団体のまわり、病院とか各地方自治体などでこの運動がすすめられていることが知られる状況をつくる。

(2) 全国的に国会請願署名と募金活動を行なう。特に、会員ならびに街頭署名を行なう。またこれとは別に、政党、労働組合、市民団体、地方自治体などに対して団体支持署名と支持募金を呼びかけていく。

2 賛同団体拡大のための呼びかけ継続について

今後もし引き続き、賛同団体を増やしていくため、集会までに数回にわたり呼びかけを行なっていく。

3 宣伝方法について

(1) 実行委員会ニュースを発行する。

(2) 各団体の機関紙・誌に転載できるような共同原稿をつくる。

(3) マスコミに対して、統一キャンペーンを行なうよう働きかける。

(4) その他、シンボルマーク、ポスター、文集（疾病ごとの特徴や患者の実態、各地域の医療状況など）をつくる。（以上原文）など意欲的である。

やがてほぼ五〇団体が結集することになるであろう日本の代表的な患者団体が、一九七八年四月をめざして、いっせいにこの方針で動きだせば、かなりの成果があらうだろうことは、誰の目

にも明らかである。

では成果を積み上げたあと「集会」は、諸団体の自覚と決起を促して流れ解散するのか、あるいは何らかの形を残していくのか、どのように進展するのか、「組織は生きもの」である以上未知数である。

だが意図するしないにかかわらず、いずれにせよ、次のような具体的な状況が新らしくすすんでいくことであろう。

第一に結集がすすむということである。中央団体への参加、中央団体どうしの交流がふかまり、より大きな合流に目がむいていくことである。

また、県段階でも結集がひろがり、現在一八地域だった地域組織が、神奈川の「難治性疾患連絡協議会」的なはびひろい形で、各県に増えていくのではないか。

そしてさらに、地域組織と中央組織がより綿密な連携をふかめ、情勢の把握、医学、医療の動向、運動実践の教訓等々と、交流が活発になっていくことであろう。患者・家族にとっての利益はますます拡大されていくのである。

そのことによって患者運動の存在価値はより不動のものになっていく。かつて患者団体からは、それが医療関係であっても、政府の諮問機関である審議会への委員は選ばれなかった。が、「全国集会」の成果がそのあともつみ重なっていけば、無視できない勢力として、いずれ代表がでることになるか、そうでなくても、それに近い代表の出現によって、いままで以上に患者問題がひ

ろい舞台上で議論され、擁護されるのも夢ではなくなるだろう。もちろんそれも運動の側面としてではあるが。その他プラスの要素をもった対外的ないろいろな現象がおこってくるに違いない。これがどう集約されるか、それは患者運動の明日、一九八〇年代の患者運動の進路にかかわってくる、といえれば大げさすぎるだろうか。いずれにせよそのために、最低定期的に、中央団体間、地域団体間、中央団体と地域団体との間での交流会をのこしておきたいものである。これは今回の「全国集会」を発想した、全国各地難病連絡会の交流会からくみとった教訓でもある。もう一言補足すれば、その結集のよびかけが、イデオロギーをのりこえた、日常的な、具体的な「要求」で、合意を求めた事実を忘れないことであろう。

3 結集へのいくつかの問題

患者団体の結成が急速にすすみだし、そのピークに達した段階から数えると約一〇年経過したことになる。

いままでも患者団体にかぎっては、きわだったイデオロギー論争や、団体間の反目はみられなかった。これは他の団体では、まったくみられないすばらしい特徴である。

もちろん「きわだった」とことわったように、ぜんぜんなかった、といえればそれは嘘になる。

多少でもあったとすればその点では、行政の側のあやまった指導を指摘しないわけにはいかな

患者団体が急速にふえ、自治体への要請行動もふえてきた。病種も多くなったので必然的に要請の内容も多くなってきた。そこで行政側は、一つ一つばらばらに対応しては面倒だと考え、窓口一本化の合理化に思いあたる。その結果、患者団体の窓口の一本化を誘導するようになった。だから患者団体側が一本にまとまるように指導しているところが多い。それでできた地域難団連さえある。特によく行政側のいうことを聞いてくれる団体が窓口の代表になれば、もつとも有効的だ、とみている。したがって、「この団体と連絡をつけなさい」などとさらに積極的に教えてくれるところさえある。

問題になるのは、そんな自治体が、「障全協（障害者の生活と権利を守る全国連絡協議会）と一しょではだめ」「日患同盟と一緒では困る」などと、特定の団体を名指しで、その団体との交渉を断つよう圧力をかけていることである。

これこそ、明らかに差別処遇である。そのねらいは、行政側のいうことをよく聞く、行政側の「福祉政策」に協力（いまままになる）的な団体のみ懐柔していくという「育成」方針である。

特に、補助金というカネがからむため、それを鵜のみにする団体役員もいて、行政側の術におちいり、日患同盟や、全障協をいわれるままに敬遠してきた。そしてこのようなことが、いままでは実際に団結の壁になってきたのである。

日患同盟の歴史をみても、まだ浅いとはいえ障全協の歴史や実績をみても、冷静にみればみるほど、その団体の性格がわかってくる。団体の評価の基準は、その団体の要求、行動、成果の総

合をみる、ということではないだろうか。

たとえば、日患同盟の二五周年記念集会には、いろいろな団体、個人がはばひろく参加した。厚生省の公衆衛生局長もその一人であるが、その当時、公衆衛生局長であった加倉井駿一氏は、「日患同盟の二五年の歴史は、日本の結核対策推進の歴史でもある。その理論、その実践が、どれほど大きく貢献したかはかり知れない」と、感慨をこめて語ったものである。この事実からしても、日患同盟がどういう団体であるかおしはかれよう。障全協もその点では大同小異であろう。それほど行政側の教育は根柢よく、ゆきとどいており、とりわけその補助金という名の金銭的魔力は相当のものである。

では行政の側だけに問題があるのか、というとそれだけではない。そのほかにも政党支持との関係で、団体偏視の問題がある。

例えば、前章であげた調査にあらわれている協力者の中に議員（国・地方議員）がふえてきているが、いくつかの団体は特定の団体とのみむすびついている。このような団体にはややもすると、その政党を支持しなければ、同一歩調をとるべきではない、と共同行動を拒否する傾向がある。ここでは要求よりイデオロギーが先行して統一行動を妨げる、ということになる。これは運動論の初歩的なあやまりといえよう。

この点については、説得の責任をもつ患者団体の幹部の問題、幹部の姿勢におうところが大きい。多党化傾向をみせてきた今日のような政局の中では、固定的な、硬直化した考えでは患者運

動の組織はきわめてむつかしくなるのではないか。

だからといって、政治に無関心でいたり、政党支持の自由をふみにじることは、市民生活からも逸脱することになる。

本来、要求が切実であればあるほど、政治への関心は高いものである。政党が、本来に患者の願いに耳を傾けるなら、その要求実現をめざす態度にあらわれてくるだろう。スローガンでなく、その誠実な態度で政党に対する評価を決めていくべきである。

以上のように、患者運動の前には、基本的に解決しなければならぬむつかしい問題がかなり地域的にも中央段階でも残っている。「全国集会」が成功したら、これらの問題がいつきよに解決し、すべてうまくいくだろうとみるのは早計である。

だが、「全国集会」をめざす行動の中で、いくつかの問題は、誠意をもってあたっていけば解決できる、というものもあるだろう。やがて解決できる基礎になる、というものもあるだろう。

それらを確かな一歩一歩で踏みしめていくことがいまいちばん大切な仕事ではないだろうか。

三 医療労働者との連帯

患者運動の歴史は、一面、医療労働者との連帯の歴史でもあった。

敗戦直後の患者は、悪徳な病院管理者に抗して、いのちと医療を守るために自治会をつくった。

それは病院・療養所の民主化をとまなうものであった。

医療労働者も、医療を守り、自らの生活権を守るという立場から立上った。そして労働組合がつくられ、労働組合の推進で、病院・療養所の人事が左右されるところさえあった。医療民主化の波濤である。

敗戦直後の、こうした組織結成のいきさつや、その後の動向は、患者・医療労働者の連帯なくしては、国民のための医療は正しく発展しない、という教訓を築いてきた。特に患者の場合、医療労働者の支援がなければ、過去に積み重ねてきた生活改善、制度改善の諸要求の実現も、多くの障害につきまとわれていたであろう。

だが舞台は一転し、今日のような「省力化」「合理化」をとまなった医療構造を迎えた。医療産業の進出でさらに拍車がかかり、そこには医療従事者と患者との間の意志の疎通をはかる条件がきわめて少なくなってきた。むしろ悪い材料の方が多いくらいである。

すでに第三章で紹介したA、B二つの「調査」のなかでは、患者団体の協力者としてもっとも身近かなはずの医療労働組合が登場してこない。むしろ調査のしかたにも欠点はあったが、それにしてもこのすれ違いの原因は何だろうか。何よりも第一に、しらけてきた人間関係と、それをうながしている政策があげられる。

入院患者を組織している患者団体の要求をみると、まず筆頭に上るのは医師・看護婦の増員、医療の充実である。こういう基本的な要求がつねに上位であること自体、すでに日本の医療

制度の貧困さを物語るものである。

大體医師・看護婦を、医療法にもとづく定員どおり充足している医療機関というのは、よほどの大病院が特殊な病院である。仮りに充足していたとしても、差額ベッドを置いている病院などでは高額のベッドを優遇し、そのために大部屋などは手不足ということで公然と医療・看護の手抜きを行なっている。国立の医療機関の中でもそれが行なわれている。

こうした実質的な差別医療の中で、患者から意見や批判がでてくるのは当然であろう。その矢おもてに立つのは医者であり、看護婦である。しかし労働が過重なため素直に患者と対話ができない。

その点行政側は心得たもので、このような間柄を利用してお互いをけしかけるような対応を示してくる。そのため関係はますます悪くなる。これは、行政の方針をよく知っている医療を行使する側と、医療の矛盾を身をもって体験している医療をうける側が連帯することを恐れるからである。だからこそ逆に連帯の重要性が強調されるのである。

現在既成の患者団体と医療労働組合との関係は、組織サイドでみるかぎりうまくいっている。医療の改善と向上、医療保障制度の確立、医療権の保障などを統一目標に共同もくまれている。

この統一課題を追究しようとする、必然的に低医療費政策や、医療の「合理化」政策につきあたる。したがって共通の基盤に立っている両者の連帯は、いっそう望まれてくる。

また患者の側から医療労働者の運動方針をみても違和感はない。その大項目である「賃上げ、

増員等の労働条件の改善、医療の改善」などどれも、実現するとなると医学医療の研究活動は前進し、十分な医療・看護が保障されることになる。したがって患者にとって療養生活の改善、向上という要望にじかにむすびつくことになるので心から歓迎である。むしろ積極的に支持すべき性質のものである。

問題は、今日のような人手不足の労働条件の中で、充実した医療・看護を患者の要望どおりしようとするれば、かなりの犠牲を覚悟しなければならない、ということからはじまるのである。この隘路をどう埋めていくのか。

患者の希望を切実にうけとめないで、「つつけんんだ、事務的だ」という不満がでてくる。すかさずこんどは医療労働者の側から、「患者のくせに、みてもらっているくせに」という反撃がでてくる。こうしたことは現実がいままでおこってきたことであり、いまおこっていることでもある。

こうして両者の間に溝が掘られ、医療行政の生んだ歪みのなかにはまりこんでいくことになる。このような形で人間関係は醒め、くずれていく。まさに「しらけ」の構造である。

内容が形式を生むの例えどおり、見のがせないのは、「みてやっている」という医療を供給する側のなかにある思想の問題である。反対に患者の側には、「みてもらっているんだから」という卑屈な考え方も潜在している。特に医者に対してそれがつよい。そしてその卑屈さが医者をはじめ、医療労働者の特権意識を助長していく。盆・暮や手術の時に莫大なつかいものが公然と

授・受されていることなどは、いずれも古い医療観を払拭できないからである。

患者と医療労働者の間にある人間関係を解決する場合、大切なことはつねに権利に根ざした対等の立場にお互いが立つということであるが、さらに医療労働者に要求されるのは、その労働のもつ公共性、「聖職」ともいわれるその特殊性である。ただ単なる「対等」ではないはずである。大会方針などでみるかぎり、賃上げ要求と医療向上は、車の両輪の関係ですすめられているようであるが、現実には、医療の方が影がうすくなり、賃上げ、労働条件の方に集中する、という傾向がよい。労働組合の要求であるからこれは止むを得ないことなのか。日本の医療の担い手である医療労働者の社会的責務からいっても、患者との連帯の立場からいっても当然一考されるべきである。

連帯の立場で患者の側に求められるものは、くり返すようだが患者の社会的責任は病気を治すことという原点に立つ、ということである。秩序ある療養生活の確立は、患者運動の目標の一つであり、そのことがまた、社会的な支持、医療従事者との連帯をつよめることにもなっていく。要するに両者の連帯は、病気をなおすという点を核に、お互いの責任を自覚し、それぞれの立場を理解しあい、共通の課題をみつめあって前進することが基本であろう。

よく使われる「共闘」の本来的な意味は、共にたたかう、ということであって、それぞれの団体が要求をもって独自に運動をすすめていくと同時に、その中で明らかになった本質的な問題には提携して運動する、ということであろう。かつて国立療養所や病院などでおこった医療機関の

「統合廃止反対運動」などにみられた共闘、連帯行動などはその典型ではなかったか。

そしてその教訓から引きだせるもう一つの話は、平素の、つまり日常的な交流のことである。医療労働者も患者も、要求は多彩である。対政府、対施設、あるいは従事者に、患者に対するものもある。それをどう判断し区別するかである。

そのためには日常的な接触が必要である。相互信頼のもとに日常的に忌憚のない意見がだされてこそ、何が根本にあるのか、の問題点をみいだすことができるだろうし、運動の共通性を見いだすこともできるのではないだろうか。そしてそのときにこそ、真の連帯がふかまっていくのではないだろうか。これは医療運動の歴史から学びとったことの一つである。

冒頭のべたように患者運動の歴史は連帯の歴史であった。医療の担い手との連帯なくして医療の発展、患者の生活擁護が果されるわけではない。患者運動がより大きく前進しようとすれば、いくたの障害をのりこえて、そのきずなを、より強くしていかなければならないのである。

四 社会保障運動と患者運動

敗戦後の日本の社会保障運動は、圧倒的な国民大衆の貧困という原点からはじまった。この出発点の動向が、政治・経済の混乱、占領下などという敗戦直後の情勢と重なりあってその後の日本の社会保障運動に独特な歩みをさせる一つの要素となっていく。その要素の中で「労働者・労働組合は社会保障に弱い」という一面の真実と、一面の偏見が育っていった。

ふり返ってみると、敗戦直後から今日までの社会保障運動には三つの流れがある。一つは医療をめぐるものであり、一つは生活保護、もう一つは年金をめぐる運動である。このうち年金をめぐる運動はとくに一九七〇年代に入って顕著になるが、医療と公的扶助をめぐる運動は、戦後社会保障運動の源流となっている。医療は、いのちと直結してその根底にあるものが問題にされ、生活保護はその低水準が国民の生活水準とちがたく結びついているとして、いずれもはばひるく取りくまれてきた。

その突破口をつくったのは、敗戦直後の巷にあふれた一〇〇〇万人をこえる失業者に代表される貧困者の「食わせろ、働かせろ」というたたかいと、国家の厄介者として冷遇されてきた結核患者や、ハンセン氏病患者たちの、「生きたい、治りたい」という組織的なたたかいであった。それほどに貧困者・患者の要求は切実だったのであり、また運動は激烈だったのである。

やがて貧困者の組織化は一部全日土建（全日本土建一般労働組合―一九五三年に全日本自由労働組合に改称）へ結集していくが、全体としては一九五三年の「全生連」の結成まで全国結集を待たねばならなかった。後者は、全患同盟、国患同盟（第二部第二章参照）へと組織化がすすみ、後に日患同盟へと結実してゆく。

労働者・労働組合の対応はまだにぶかった。もちろん当時最大の労働組合組織であった産別会議が、一九四七年の大会で「社会保障制度の確立」を決議したり、単位労働組合の中にも失業保障、労災補償など社会保険の制定をもとめる運動もあった。それゆえ一九四七年に「労働基準法」

や「労働者災害補償法」「失業保険法・失業手当法」など社会保険の整備がすすんだのである。

また一九四六年に旧生活保護法の改善をもとめて組織された「生活保護改善期成同盟」にも、産別会議が、全患同盟、国患同盟、日本農民組合、引揚者団体、労農救援会、新日本医師連盟、自由法曹団、とともに参加していた。もちろん参加することと指導性をもつこととは別の問題で、実際には首切り反対や賃金引上げ、生産管理などのたたかいが先行して、社会保障運動一般への指導を発揮する余力がなかった、とみるのが順当であろう。

まだ憲法第二五条にはじめて社会保障の字句があらわれた時代であり、社会保障の概念も学者の間ですら整理されていない時代であった。「社会保障は貧困者や病人のたたかいである」という考え方が労働者、労働組合の中に無意識の間に定着していったのは止むを得なかった事情といえよう。

しかしこの「社会保障は貧困者や病人のたたかいである」という潜在意識が、メーデースローガンに「資本家、政府全額負担の社会保障制度を完全に実施せよ」（一九五〇年）をかかげながらも、全体として一九五四年まで脱皮できなかったのは否定できないことである。

敗戦後の社会保障運動の軌跡をみると、いままで社会保障によわい、といわれていた労働者・労働組合が、自覚的にその指導力を高めていったのは、一九五四年の社会保障予算削減反対闘争、一九五五年からの健保改悪反対闘争、一九五七年からはじまった朝日訴訟運動、社会保障運動ではじめての「戦争と失業に反対し、社会保障を拡充する大行進」、一九六〇年の病院スト、小

見マヒワクチン闘争、一九六一年の国保・国年闘争、その後の調整年金闘争、一九六七年のストライキをふくむ医療保険抜本改悪反対闘争、老人医療費無料化運動、一九七三年の五三単産、三五〇万人が参加した歴史的な統一年金ストライキ、現在の保険料を労働者三、資本家七の割合に負担率を変えさせるいわゆる三・七闘争等々と、全国的規模でくりひろげられた社会保障運動の過程であらう。

そして一九七四年の春闘が、「国民春闘」と名のつて、大幅賃上げのほか、社会保障要求として、高齢者、障害者、病人などすべての低所得者、生活困窮者のインフレ手当、生活保護基準と失対賃金引上げを方針にかかげたのも、結果的にはとことんまで追及しなかったとか、「弱者救済」という用語の「運び方」に適切さを欠いたとか、いろいろの批判があったが、行動での実績をふくめて、成長過程の現象とみるべきではないか。

だからといって、いまや労働者・労働組合主導型の社会保障運動が定着して、生産点、生活点での議論が活発になり、運動の基盤も固まったとみるのは早計である。一九七六年からはじまった、全日自労を中心とする「くらしと福祉の危機を打開する国民大集会」にも、まだ一般の労働者の参加は少ない。だがそれも、今日日本の労働者を取りまく複雑な情勢や生産点に依存している諸事情を無視して指摘することは許されない。

ここに一つ労働者が、社会保障をどうみているか、参考になる話がある。これは一九七四年一月、季刊医療雑誌『医療と人間と』（勤草書房、現在廃刊）の企画「労働運動と患者団体」で、著名

な労働運動家である太田薫氏と筆者との間で行なわれた対談の一部である。

（前略）太田「組合保険は二〇年も三〇年も保険を掛けて、病気になるときには定年になって組合保険からはなれておるわけですから、二〇年ぐらい掛けた者は死ぬるまで組合健康保険がめんどろをみたらいいんじゃないかと思う。しかし一般的には積極的に主張するというところまではいかない。

労働者は困ったものがありすぎるんじゃないですか。

だから無関心というよりは賃上げに頭がむいてしまって、例えば「なるほどな」と思うけれども、賃金を上げるとか、休みをふやすとか、自分でそういう順番をつけちゃうんじゃないですか。」

長「しかしおかしいですね。健康の問題が順番をつけたら一番にあがらなくてはいけないと思うんですがね。」

太田「おれはならん、とっているんじゃないですか。

たとえばうちでも呉羽が水銀電解で三〇〇ガンマーはいっておると、新聞にでたから、電解法のところは全部身体検査を受けると通達をだすんですよ。だけど、まだおそらく、二〇パーセントもやっていないんじゃないですか。

おそろしいから受けんという気持ちもありますね。これは極端な例—事実なんですけれども、ベンジジンという染料をつくっている工場がある。中小企業で、その委員長はたいへん思想も

しっかりしている。「おまえら全部検査をうける」といったら、「ノー」というんですよ。病気になるっておからこわいということだけじゃないんです。要求をだして、一〇〇パーセント会社から金をもらってやるから、なっておったら休んだらどうかと。そうしたら「おれは二時間残業しなければこどもを高等学校にやれん」といわれると、ちょっと説得ができないですよ。委員長でそのくらいですから、一般のものになったら、病氣と断定されたらおそろしいという気があるんじゃないですかね。」

長「初期に発見されて、いろいろな医学的処置がされればほんとうは、いちばんいいんですけれども。バッタリたおれてしまうと、それこそこどもが高校にいくようになったらどうしようかどころではなくなってしまう、もっと状態は悪化してしまうんですけどね。」

太田「労働者にとって病氣と断定されたときは、ある意味では、いまの健康保険の手当では問題があるんじゃないですか。」

長「早期に発見されることが望ましいんで、重症になってから発見されたばあいは、すべてまっくらだと思っんです。そういう面では、組合のなかで健康の問題などについての啓蒙活動が、やっぱり不十分ではないかという感じがしますね。」

太田「だけど、完全治療できるまでの金をいまの基準内でもらっていないところに、問題があるんじゃないですか。いま賞与は少なくても一年に四ヵ月でしょう。多いところは六ヵ月、こんどは八ヵ月ぐらいになりますか。このインフレのなかではそれで食うているわけですから、賞

与自体が半年病気になったら絶対もらえせんね。だからいちばん大事なことは、病気になる、それが長期になっても残業もせずに、賞与がなくても食えるまでの賃金の保証がないと、労働者がやっぱり逃げる気持ちになるんじゃないですか。……」

この太田薫氏の発言によって、生活問題をつうじての社会保障に対する労働者の対応がうかがえる。労働条件の悪いなかで病気にかかる。賃金が低く生活が気になるから、医者にみてもらうことをためらい無理をして働く。そのうち病気は悪化する。一家の支柱を失えば生活はますます苦しくなる。悪循環のくり返しである。いわばあざなう縄のような、日本の低賃金と、社会保障の貧しさの現実である。

本項で、「社会保障運動と患者運動」と題しながら、労働者・労働組合での社会保障の取りくみを問題にしてきたのは、労働者が指導性を確立せずして真の社会保障の確立はあり得ない、というあまりにも常識的なことを確認したかったことが一つである。そしてそれを前提にして、いまだ労働者・労働組合が社会保障の本質的な課題への接近に、充分でないことを、患者運動の面から卒直に述べておきたかったからである。

「社会保障憲章」にもあるように、真の社会保障とは、「じぶんの労働で生活している人、働くことのできない人、一時的または永久に労働能力を失ったすべて、およびその家族の人びとに、本人による何らの財政的負担なしに、法律で保障された基本的な社会的権利を確認することを土台としなければならない」ものであり、その適用の範囲は、「疾病・出産・家族手当・労働災害

および職業病・身体障害と老齢・死亡および遺族」までおよぶものである。

しかしわが国の社会保障政策は、その理念からみるとほど遠い存在である。それどころか、制度活用の抑制と労働者の団結をよわめる機能を果たすため、制度を分立し、仕組みを複雑にしていることや、「受益者負担」を理念に保険料の徴収を通じて財政的な収奪、それを原資として資本の強蓄積をはかったり、労働能力の有無を処遇の基準にした多様な形での差別で、平等・公平の原則をふみにじっているのが特徴である。

そしてそれらをおくれた国民感情を利用しながら、国と資本家が巧妙に駆使しているのが実態である。

これらの矛盾に対して「患者運動」は、共通の課題、より多数の参加、民主的運営を鉄則として生活点から権利要求としての社会保障運動をすすめてきた。生活保護と医療の分野ではすでに紹介してきたところであるが、年金の分野でも、内部障害者の障害年金への適用や、副申書廃止等々と、すでに日患同盟などがあげてきた成果の上に、近年はさらに、福祉年金に二級を新設させ救済の幅をひろげたことや、厚生年金への事後重症制度の設置、通算制度の採用、認定基準の短縮改善等々と障害年金、福祉年金にかぎってもかつてない大巾な成果をあげ、「年金スト」の方針上の不備を補ってきた。

これらの諸成果は、オイルショック、物価狂乱時代に実績をあげてきた全患連、全難連の共同行動の発展として、一九七四年に患者・障害者五一団体によって組織された「障害年金の改善を

すすめる会」の運動が蓄積したものである。

現在、社会保障運動の特徴の一つに、切実に社会保障を必要とする患者・障害者・高齢者の組織化が急速にすすみ、それらの団体が外国にも例をみない創意ある活動と、創意ある活動形態を目標してすすんでいることがあげられている。

こうした動きも、底辺から真の社会保障の確立をめざしてたかっている「患者運動」の、歴史的経緯がうまく反映している、とみるのはまちがっているだろうか。だが患者運動にとっても大切なことは、歴史的に果してきた役割りに溺れず、全体としてはばひろくなった今日の社会保障運動の、重要な部門の一翼をになって運動をすすめていくことである。

では社会保障運動の中で患者運動の担う課題は何か。

それは、すでに前章までに述べつくされているように、患者という被害者の実情、つまり医学・医療・医療保障・生活保障の貧困の中身をより正確に、よりひろく訴え、国民の共通認識に高めつつ普遍性のある運動をひきつづき展開することである。

新しい発展としての「ゆたかな医療と福祉をめざす患者・家族集会」の成功は、患者運動の存在意義とその影響をますます大きくしていくことであろう。一つの分野の成功が、社会保障運動全体の成功でもあることは、これまたいままでの社会保障運動が、その歴史にしろした貴重な教訓の一つである。

患者団体一覧表

結成年月	団体名	住	所	機関紙(誌)名	備考
一九七二・四	全国難病団体連絡協議会	東京都文京区千石二丁目一〇番一三〇		「ぜんなんれん会報」	
一九七五・一〇	全国患者団体連絡協議会	東京都清瀬市松山二丁目三十一番二二		「患者と医療」	
一九四八・三	日本患者同盟	東京都清瀬市松山二丁目三十一番二二		「療養新聞」	
一九五一・一	全国ハンセン氏病患者協議会	東京都東村山市青葉町四丁目一		「全患協ニュース」	
六	無為会	東京都千代田区飯田橋三丁目五十五			
一九五四・九	社団法人 銀鈴会	日本医科大学附属第一病院内		「銀鈴」	
一九五五・八	日本原水爆被害者団体協議会	東京都港区新橋六丁目一九番一三三		「被団協」	
一九五六・六	森永ミルク中毒の子どもを守る会	岡山市柳町一丁目三十四番	相愛ビル	「ひかり」	
一九五九・一〇	全国脊髄損傷者連合会	横浜市南区永田町一八八〇			
一九六〇・六	社団法人 日本リウマチ友の会	東京都目黒区鷹番三丁目三十一番		「本部だより」	
一九六一・一〇	ゼンソク友の会	S M石井二〇二号		「流」	
一九六三・三	子供たちの未来をひらく父母の会	東京都大田区新蒲田三丁目二二番		「さーちらいと」	
一一	全国心臓病の子供を守る	東京都新宿区西早稲田二丁目一八番		「未来をひらく」	
		東京都千代田区神田北薬物町一七		「心臓をまもる」	

結成年月	団体名	住 所	機関紙(誌)名	備 考
一九六四・三	会 社団法人 日本筋ジストロフィー協会	北栗ビル 東京都新宿区西早稲田二二二一八 全国療育センター内	「一日も早く」 「じんばい」	
五	全国じん肺患者同盟	群馬県前橋市広瀬町二一四一一	「こぼと」	
七	財団法人 小鳩会	千葉県市川市国府台三一五一一	「ぜんかれん」	
九	財団法人 全国精神障害者家族連合会	東京都新宿区弁天町九一 財団法人 神経研究所内		
九	慢性一酸化炭素中毒患者会	東京都渋谷区千駄ヶ谷一一三— 五代々木病院内		
一九六六・一一	会 イタイイタイ病対策協議会	富山県婦負郡婦中町萩島一〇〇〇 清流会館内	「イタイイタイ病」 「復元ニュース」	
一九六七・一〇	全国ムチ打ち症被害対策協議会	東京都世田谷区砧四一一〇	「全ムチ会報」	
一一	全国交通労働災害対策協議会	東京都豊島区西池袋一四一五	「わちうちニュース」	旧、日本わちうち症連絡協議会
一二	なるこ会	東京都北区岩淵二一一一一〇一 生田方	「事務局だより」 「なるこ」	
一九六八・三	全国へモフィリア友の会	東京都港区西久保明舟町九 YK Kビル仁科法律事務所内	「全友」	
八	(財団)自閉症児親の会 全国協議会	東京都新宿区西早稲田二二二一四	「心を聞く」 「いとしご」	
一〇	財団法人 がんの子供を守る会	全国心身障害児福祉財団内 東京都港区西新橋二一四一一二 中川ビル三階	「のぞみ」	

結成年月	団体名	住 所	機関紙(誌)名	備 考
一九六九・一	互療会	東京都港区西新橋三―一五―一〇 原色版印刷所 北九州市小倉区金鷄町一 宇治野 敷己方	「IOA互療会」	
一	カネミ油症被害者の会			
四	(社団) 東京進行性筋萎縮症協会	東京都杉並区阿佐谷南一―一四	「東筋協」	
四	アレルギー友の会	二 新高円寺マンション三〇一号 大阪市隅田区文花二―一八―四 峰岸方	「あおぞら」	
五	文園会(関西医大血友病友の会)	大阪府守口市文園町一 関西医大病院中核		
七	糖尿友の会	東京都千代田区九段北四―三―一	「糖尿」	
一一	全国スモンの会	東京都文京区本駒込六―一五―一 六―三〇―一	「曙光」	
一九七〇・二	ペーチェット病友の会	東京都板橋区加賀二―一―一	「わだち」	
五	川崎公害病友の会	川崎市川崎区大師町六―八	「友の会ニュース」	
八	口唇・口蓋裂の会	東京都武蔵村山市中藤一四六〇― 七六―四〇六 酒井方	「口友会」	
一一	新しい医療を創る会	熊本市木荘三―三―二 古賀ビル 内	「新しい医療を創る会」	
一九七一・三	肝炎の会	東京都大田区大森西三―一九―一 九 株式会社タカハシ内	「肝炎の友」	

結成年月	団体名	住所	機関紙(誌)名	備考
一九七二・六	全国職業性有害物障害患者協議会	東京都豊島区西池袋三一七―一八 清宮荘八号	「全育協」	旧鉛中毒患者会
六	全国腎臓病患者連絡協議会	東京都新宿区下落合三一五―二九 田沼ビル(第二)	「全腎協」	
六	全国膠原病友の会	東京都世田谷区瀬田五―二四―一	「膠原」	
七	星陵心臓友の会	九 仙台市木ノ下―一七―一七 渡部方	「こどう」	
八	コラルジル被害者の会	新潟市横七番町―四五三三 長谷川友治方	「コラルジル通信」 「コラルジル中毒」	
一〇	全国筋無力症友の会	東京都文京区千石四―一四―一四	「希望」	
一二	斎藤病院被害者の会	大阪府守口市梅園町八二―一 職員舎宅四―一三一 盛岡貞雄方	「本源ニュース」 「ニュース」	
一九七二・一	全国腎炎・ネフローゼ見を守る会	大阪府枚方市宮之阪―一二―一九	「医者が憎い」 「守る会会報」	
三	多発性硬化症友の会	東京都文京区千駄木五―一五―一五 長谷川方	「MSニュース」	
三	タロロキン被害者の会	埼玉県入間郡三芳町藤久保二〇五―三一―二〇五 桑門新緑方	「きずな」 「タロロキン会報」	
四	神経痛日本友の会	東京都新宿区須賀町二	「東西医療再発見の会」	
八	森永ヒ素ミルク中毒被害	岡山市柳町一―三一―四 財団法人	「ひろば」「ひろば」	

結成年月	団体名	住 所	機関紙(誌)名	備 考
一九七三・五	者の会 胆道閉鎖症の子供を守る会 未熟児網膜症から子供を守る会	ひかり協会岡山事務所内 東京都豊島区巣鴨三三一一五 藤原位憲気付 岐阜県高山市山田町一三八二一二三	「ひかり」版 「ニュース」 「市民の芽」	「小児てんかんの子供をもつ親の会」と合同して「日本てんかん協会」を結成
一九七四・三	パージャー病患者連絡会 (泉の会) 水俣病患者同盟	名古屋市昭和区福江二一六一一七 株式会社 昭元産業内 水俣市袋茂道 杉本雄方	「泉」 「同盟通信」 「道」	
一九七四・四	全国脊椎披裂(二分脊椎)症児者を守る会	狛江市和泉一五〇一七一〇三		
一九七五・五	注射による筋短縮から子供を守る全国協議会	甲府市相生二一七一七 中央芳 濟内	「事務局ニュース」 「事務局通信」 「父母の会通信」 「会報」	
一九七五・六	先天性四肢障害児父母の会 脊髄小脳変性症友の会	横浜市戸塚区中田町三三四七 田 中成夫方	「友の会ニュース」 「波」	
一九七六・一〇	日本てんかん協会(波の会)	東京都杉並区阿佐谷北四一二〇一 一九	「友の会会報」 「しおり」	
一九七六・一一	全国パーキンソン病友の会	東京都武蔵野市西久保三一二一 一八 河野方		

地域患者団体連絡協議会一覽

結成年月	団体名	住 所	機関紙(誌)名	備 考
一九七七・一一	あせび会(難病者等の会)	東京都文京区千石二一四―一九 ―一二〇一 全難連内	「あせび会だより」	

結成年月	団体名	住 所	機関紙(誌)名	備 考
一九七二・三	富山県難病団体連絡協議会	富山市黒崎三七四 秋鹿方		
一〇	大阪難病者団体連絡協議会	大阪市東区淡路町三一―二 浅野十糸子方	「大阪なんれん」	
一〇	東京難病団体連絡協議会	東京都千代田区神田神保町一―四	「東難連ニュース」	
一一	愛知県難病団体連合会	○五十嵐ビル 名古屋市中昭和区鶴舞町六五 名大 附属病院医療社会事業部		
一九七三・一	和歌山県難病患者連絡協議会	和歌山市雑賀屋町東の丁 鈴木ビル2F		
二	埼玉県障害・難病団体協議会	埼玉県大宮市大成町四―二七六	「埼玉障難協」	
三	北海道難病団体連絡協議会	札幌市中央区大通西八丁目 正田ビル2F	「なんれん」	北海道「難病白書」発行
九	岐阜県難病団体連絡協議会	岐阜市青柳町五―二 青柳会館内	「県難連ぎふ」	

結成年月	団体名	住 所	機関紙(誌)名	備 考
一九七四・二	長野県難病患者連絡協議会	松本市大手五―七―七 下川一郎方	「長野県難病連会報」	
八	京都難病団体連絡会	京都市左京区岩倉三宅町七 金木平雄方	「京難連ニュース」	
八	群馬県難病団体連絡協議会	前橋市総社町総社四三 菅野法律事務所内	「ぐんま難病連会報」	
一一	愛媛県難病等患者団体連絡協議会	愛媛県温泉郡重信町 国立愛媛療養所内		
一九七五・一	福島県難病団体連絡協議会	福島市荒町一―二二 福島労災内	「福島県難病連ニュース」	
三	岩手県難病連絡協議会	岩手県岩手郡滝沢村大字滝沢第五地割字室小路一八三―二 帷子方		
一一	兵庫県難病団体連絡協議会	西脇市野村町上の段一七九〇―四三三 中井肇方	「難病連タヨリ」	
一九七六・七	秋田県難病団体連絡協議会	秋田市土崎港南三一九―二四 竹 禁英一方	「秋田なんれん」	
八	三重県難病団体連絡協議会	三重県津市南新町一七―二三 遠山病院内	「さんなんれん」	
一九七七・七	山梨県難病団体連絡協議会	甲府市宝一―九―一 甲府共立病院内 井上ふみえ気付		
九	神奈川県難病性疾患団体連絡協議会	横浜市瀬谷区瀬谷町四五―一	「KSK神奈川県難病連」	
九	栃木県難病連絡協議会	宇都宮市戸祭四―二〇四―三 乾方	「ふれあい」	

第一部での引用及び参考文献

「厚生 の 指標」 戦後三〇年の患者調査、厚生統計協会、一九七七年

「厚生白書」厚生省、一九五七～一九七六年度各版

総評編「医療実態調査」一九七五年

日患同盟編「差額徴収の実態調査」一九七三年

日患同盟編「医療内容と看護内容実態調査」一九七六年

岩手県患者同盟編「医療・看護の実態調査」一九七四年

「医療法、医師法、保険医療費担当規則」衛生行政六法 一九七六年度版

「経済白書」経済企画庁 一九七〇・一九七七年

「建設白書」建設省 一九七二年

「労働白書」労働省 一九七七年

宮本憲一『社会資本論』有斐閣 一九六七年

川上武『日本の医者』勁草書房 一九六一年

川上武『日本医療の課題』勁草書房 一九六八年

川上武『医療と人権』勁草書房 一九七一年

川上武『現代の医療問題』東京大学出版会 一九七二年

川上武『転換期の医療』勁草書房 一九七六年

川上武・中川米造編『市民と医療』日本評論社 一九七二年

地主重美『医療と経済』読売新聞社 一九七〇年

NHK海外取材班『世界の医療』日本放送出版協会 一九七二年

ダグラス・C・ノトス著、赤羽隆夫訳『社会問題の経済学』日本経済新聞社 一九七五年

朝日新聞外報部編『革命六〇年のソ連』朝日新聞社 一九七七年

- 長宏「現代の医療と福祉」ジュリスト特集『福祉問題の焦点』所収 有斐閣 一九七四年
- 吉村義正『学用患者』流動社 一九七〇年
- 全医労本部編『医療に働く婦人―婦人白書』一九七五年
- 鈴木知子「生保世帯の栄養摂取状態調査」中京女子大学紀要二一〇号所収 一九七六年
- 『春闘読本』一九七〇～一九七六年 労働旬報社
- 日本福祉大学内学会編『現代の貧困と福祉行政』福祉研究二〇号 一九七三年
- 野村拓『健康の経済学』三省堂 一九七三年
- 宮本忍『医療の原点』勁草書房 一九六九年
- 宮本忍『医学思想史』全3巻 勁草書房 一九七一年～一九七五年
- 上畑鉄之丞・木元進一郎・香森現・芹沢寿良・遠藤幸男・大橋節子「座談会 職場の『合理化』と健康問題」賃金と社会保障一九七六年一月月上旬号所収 労働旬報社
- 長宏「私的医療保険の台頭」「国民の健康破壊の現状と課題」賃金と社会保障一九七六年一月月上旬号所収 労働旬報社
- 遠藤幸男「健康調査の視点と方法」右に同じ
- 斎藤茂男・中里喜昭・栗田健・竹村英輔「シンポジウム『現代における労働者の状況』」「現代と思想」Z。
- 〆所収、青木書店 一九七七年
- エコノミスト編集部編『病める医療』毎日新聞社 一九七七年
- 朝日新聞社編『医Ⅱその驕りと退廃』朝日新聞 一九七二年
- 「健康調査」七六・春闘共闘委員会 一九七六年
- 社会保障研究会編『悪性インフレ下の低所得階層の暮しと対応』一九七四年
- 藤田健次『看護婦のオヤジがんばる』あゆみ出版 一九七七年

第二部での引用文献

- 川上武『日本の医者』 勁草書房 一九六一年
 川上武『現代日本医療史』 勁草書房 一九六五年
 川上武・中川米造編『市民と医療』 勁草書房 一九七二年
 川上武『転換期の医療』 勁草書房 一九七六年
 立川昭二『病気の社会史』 日本放送出版協会 一九七二年
 大竹章『らいからの解放』 草土文化 一九七〇年
 全患協編『全患協運動史』 一光社 一九七七年
 細井和喜蔵『女工哀史』 岩波書店 一九五四年
 長宏『日患同盟二五年の歴史と役割』 日患同盟 一九七三年
 長宏『患者運動の歴史と展望』『現代日本の医療問題』所収 大月書店 一九七六年
 長宏『今日の社会保障情勢と運動の課題』賃金と社会保障一九七五年一〇月下旬号所収 労働旬報社
 新井章『社会保障裁判の軌跡と争点』法律時報一九七六年五月号所収 日本評論社
 土田嘉平『三柏園事件』右に同じ
 渡辺良夫『最低生活保障裁判』右に同じ
 全日本自由労働組合編『全日自労の歴史』労働旬報社 一九七七年
 医療経済研究会編『日本医療の進路』大月書店 一九七七年
 芝田進午編『医療労働の理論』青木書店 一九七六年
 児島美都子『ハンナ・リデル』『社会事業に生きた女性たち』所収 ドメス出版 一九七三年
 児島美都子『医療ソーシャルワーカー論』ミネルヴァ書房 一九七七年
 大木一訓『現代『福祉国家』と労働組合運動』『労働組合運動の理論』四卷所収 大月書店 一九七三年
 松尾均編『社会保障論』至誠堂 一九七四年

- 社会保障事典編集委員会編『社会保障事典』大月書店 一九七六年
 国立療養所史研究会編『国立療養所史(総括篇)』厚生省医務局国立療養所課 一九七五年
 同右(結核篇)
 保健・医療社会学会研究会編『保健・医療社会学の成果と課題一九七七』垣内出版KK 一九七七年
 谷恭介『患者集団』栄光出版社 一九六八年
 『難病患者・家族への医療援助』難病患者福祉研究会 一九七七年
 山手茂・木下安子・川村佐和子『難病患者とともに』亜紀書房 一九七六年
 朝日茂『手記・人間裁判』草土文化 一九六五年
 菅原末蔵『限りある日に生きて』草土文化 一九七二年
 小川政亮『権利としての社会保障』勁草書房 一九六四年
 朝日訴訟運動史編纂委『朝日訴訟運動史』草土文化 一九七一年
 太田薫・長安『対談、労働運動と患者団体』『医療と人間』四号 勁草書房 一九七四年
 太田良雄編『難病の辞典』日本評論社 一九七七年
 日忠同盟編『患者運動』八号 一九七〇年、一〇号 一九七三年
 全腎協編『腎臓病患者の実態調査報告書』一九七六年
 北海道難病連編『患者白書』一九七五年
 『療養新聞』日本患者同盟機関紙
 『全難連会報』全国難病団体連絡協議会機関紙
 『患者と医療』全国患者団体連絡協議会機関紙
 『なんれん』北海道難病団体連絡協議会機関紙
 『全腎協ニュース』全国腎臓病患者連絡協議会機関紙

あとがき

患者運動と私の関係は、多くの活動家がそうであるように、病氣との出遭いからはじまった。私が結核を宣告されたのは、外地から帰国した昭和二四年の暮れであった。痰の中に赤い線が混っていたのである。

すぐ家族のいるところに帰っていればよかったのだが、故郷は占領下の奄美大島、簡単に帰ることもできず、それに結核といわれてもそれほど身体に変調を感じたわけでもなかったので仕事をつづけていた。しかし肺そのものは徐々に侵蝕されていた。春のはじめにおそってきた宿命的な咯血を転機に、ついに長期の療養生活に入ることになった。当然あこがれの文化活動も断念せざるを得なかった。

こうして中学卒業後、かつての満州にわたり、鉄道学院をでて軍隊、そして敗戦、俘虜生活、帰国という波らんに満ちた青春の幕が下りる。いわば、まったく予想もしなかった今日が、その日から待っていたのである。

個人史的に言えば私の患者運動は、療養していた東京世田谷のS医院での自治会づくりからはじまった。療養雑誌「健康会議」で日患同盟の活動を知ってからである。

生活自治を大切にすること、人間関係を重視すること、この二つを自戒をふくめて活動上の座

右の銘にした。いまも辛うじてそれは守っているが、活動をつうじて立派な師を得、そして多くの友を得た。患者運動のおかげだと思っている。

S 医院より、やがて手術のために清瀬の療養所に移ることになった。まだ新しい外科手術がはじまったばかりで、多くの悲しい結果も目のあたりにした。このような状況の中で手術が成功したこと、生きている喜びをつかんだこと、それらが私をますます患者運動に接近させていった。生き残ったものの使命感のようなものであろう。医療技術（新薬・外科手術）の新しい導入とともに、療養所という地域社会にも新しい波がおこっていた。医療・看護、医療費、生活費、そして回復後の就職や住宅の問題だけでなく、重症者と軽症者、病院・医療従事者と患者、家族問題等々と、複雑な事情がすべて患者自治会にもちこまれた。自治会活動の意義はますます重要になってきたのである。

術後、単位自治会の会長や、日患同盟東京支部（現在の都患同盟）の委員長、関東支部連合会議長などを経て日患同盟の会長に選ばれ活動の舞台がひろがっていった。私には身体にあっていたのであろうか、活動することによって体力の回復も早まった。

私が療養生活に入り患者運動に参加したこの時期は、敗戦後の一連の民主的改革が全面的な後退の兆をみせ、政治的にはレッドパージ、そして朝鮮戦争、敗戦、不況、その反動として、一九五三年暮からはじまっていたいわゆる社会保障予算大削減、生活保護法引締め、「入退所基準・付添看護廃止」の二通牒、健康保険に一部負担の導入等々と、社会保障に対する風当たりが一段とは

げしくなった時代である。

本文中にある全国的な県庁坐りこみの運動、国会を二〇〇〇名の患者が取りまき、事実上審議を一日空転させた健保改悪反対運動など、患者の動向が社会保障の動向に一定の影響を与えてきた時代であった。当時の多くの療友が、ベッドで若い正義感をたぎらせていた時代であった。この私も、これらの運動に参加する中で活動家への指向を決定的にしたのであった。

退院後ただちに私は日患同盟の本部事務局員に応募した。一年後に事務局長の要職につくことになった。患者運動の中から生れたともいえる朝日訴訟は、私の常任になったばかりのときにはじまったものである。その初期の、まだ日患同盟の支援が決定的にならないある日の会議で、「矢は弦をはなれた……」と重要な発言を行なった思い出がいまも強烈である。そのこともあって、朝日訴訟には人一倍の責任感をもってとりくんだ。そして一九六二年、朝日訴訟が大きく国民運動に発展しようとした段階を迎えるにあたって、朝日訴訟中央対策委員会事務局長に就任し、以後訴訟が終るまで朝日訴訟運動に専念した。

朝日訴訟が終ったあと、今度は日患同盟の常任会長に推されるが、約一二〇〇頁におよぶ『朝日訴訟運動史』の執筆の過労が尾を引いて、鼻血をとまなう「疲労性頭痛」という難病にかかる。そのため、常任の会長を辞した。現在は非常勤である。

あ と が き
おもえば、私の患者運動歴は今年で二八年になる。この二八年間患者・患者運動の立場から日本の政治、日本の社会保障政策を体験してきた。私立・国立の病院での入院も経験した。ほぼ日

本全国をまわって療友たちと医療と生活を語り、その改善のためにも運動をすすめてきた。病院交渉、自治体交渉、中央官庁交渉、大臣交渉も経験してきた。最高裁の裁判官にあうべく、赤くふかいじゅうたんもふんだ。

こうして考えてみると、二八年の運動経験はきわめて豊かである。だがこの経験で得た教訓は一人占めできるものではなく、社会のものである。社会に返さなくてはならないものである。

川上武先生が、五年も前からこの本を書くようにすすめて下さった意味がやっといまわかってきたような気がする。愚鈍という外はない。

さて、二八年の運動の中で、私は三人の師を得、その影響をつよくうけた。

その一人は朝日茂氏であり、彼からは人間としての生き方を学んだ。それは確信に満ちた行動論であり、初志を貫徹した不屈の意志である。彼が私に宛てた遺書の中に、「こみあぐる無念はいわず解放の道一すじを歩まんとぞ思う」という歌を書きしめたのは、私への生き方を示唆したものである。か、といまも思っている。

もう一人は小川政亮氏であった。この誠実な学者は、私の記憶するかぎり、朝日訴訟の行進に大衆の一人として参加した、たった一人の学者であった。本のいっばいづまった重いカバンを下げて、千住大橋から集結点まで歩きつづけた氏の姿が、今も鮮明に思い浮かべることができる。敗戦後日本の、社会保障の理論と運動に、“権利”を定着させてきた人である。私の社会保障に関する理論の把握は、もっぱら氏の著作をつうじてであった。現在も日患同盟の顧問である氏は、

天達忠雄氏らとともに朝日訴訟運動の理論的指導者の一人でもあった。

私にとっても一人の師は川上武氏である。川上武氏に私が傾倒していくのは氏の最初の著書『日本の医者』や、その後の『現代日本医療史』などに貫かれた医療理論の迫力ある史的展開であった。

以後私は、勉強仲間を誘って、氏の指導を得ながら小グループの学習会を長い間つづけてきた。その中で互いに理論水準を高めていった。学習の範囲も医療、福祉から経済、哲学に及ぶことがしばしばであった。月一回、本一冊をテーマに討論する、という形のこの「学校」はきびしかった。それだけに私個人にとってもこの「学校」がどれほど刺戟に満ちたものであったかわからない。

さて以上のような、さまざまな個人史を背景としてこの本は書かれた、とはいってもスムーズに運んだわけではなかった。忙がしきにかまけて何度か挫折しかけた。川上先生の暖かい助言と激励がなかったらここまでこれなかったであろう。

また本書の出現には二〇年以上も共に運動し歓楽を分かちあってきた日患同盟事務局長の古川圭助氏をはじめ、北海道難病団体連合会事務局長の伊藤建雄氏、全難連代表委員の小林孟史氏、佐藤エミ子氏、全患連事務局長山本洋二氏ら多くの友人から資料の提供や協力をいただいた。さらに文中にも紹介したが、患者団体の調査、研究、討論を一緒に行なった谷津啓子氏や鈴木勉氏らの協力を得たことも併せて報告し、引用させていただいた文献の著者、論者をふくむご協力を仰

いだすべての方々に感謝申し上げるとともに、それにもかかわらず本書の不出来さをお詫びする次第である。

最後に数年の間、よくぞがまんをして待っていて下さった勲草書房の井村社長や、あれこれ充分に労を煩わしてしまった編集部の石井正子さんに心からお礼申し上げます。

一九七八年三月

長
宏

著者略歴

1922年11月奄美大島に生れる。

現在 日本患者同盟会長，全国患者団体連絡協議会代表幹事，大学講師。

主要著書・論文

『生活保護読本』(1968年，労働旬報社)，『朝日訴訟運動史』(執筆及び編集責任者，1971年，草土文化)，『日患同盟25年の歴史と役割』(1973年，日本患者同盟)，『堀木訴訟一人間の尊敬の為に』(1974年，労働旬報社)，『現代の医療と福祉』(1974年，『福祉問題の焦点』所収，有斐閣)，『今日の社会保障情勢と運動の課題—福祉見直し論批判』(1975年，『賃金と社会保障』684号所収，労働旬報社)，『患者運動の歴史と展望』(1976年，講座現代人の科学11巻『現代日本の医療問題』所収，大月書店)，『年金問題を考える』(1977年，『障害者福祉はいま……その自立をめざして』所収，ミネルヴァ書房)

[勁草-医療・福祉シリーズ]

患者運動

1978年5月30日 第1刷発行

定価 1,236円
(本体 1,200円)

著者 © おさひろし
長 宏

発行者 井村寿二

発行所 東京都文京区 株式会社 勁草書房
後楽 2-23-15

電話 (03) 814-6861 振替 東京 5-175253

* 落丁本・乱丁本はおとりかえ致します。 港北出版印刷・谷島製本
* 無断で本書の全部又は一部の複写・複製を禁じます。

3347-790703-1836

— 勁草・医療・福祉シリーズ —

和気 朗著 実践的医学概論

一二〇〇円

医学研究者の世界

上林茂暢著 医療システム化の将来

一七〇〇円

医療産業の技術論的分析

野村 拓著 日本医師会

九六〇円

川島みどり著 看護の自立

一三〇〇円

現代医療と看護婦

長 宏著 患者運動

一二〇〇円

★定価は一九七八年五月現在

